الوقاية من تعاطي
المخدرات والتدخين



د. محمد حسن غانم

دار غريب
للطباعة والنشر والتوزيع
القاهرة

الوقاية من تعاطى
المخدرات والتدخين

الوقاية من تعاطى المخدرات والتدخين

د. محمد حسن غانم

دار غريب
للطباعة والنشر والتوزيع
القاهرة

الوقاية من تعاطى المخدرات والتدخين

محمد حسن محمد حسن غانم

الكتـــــاب: الوقاية من تعاطى المخدرات والتدخين

المـــؤلـــف: الدكتورة/ محمد حسن محمد

تاريخ النشر: ٢٠١٤م

رقم الإيداع: ٢١٩٩٢

الترقيم الدولي: I.S.B.N. 978-977-463-177-4

الناشـــــر:

دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع

الإدارة والمطابع:

١٢ شارع نوبار لاظوغلى (القاهرة)

تليفون: ٠٠٢٠٢٧٩٤٢٠٧٩ فاكس: ٠٠٢٠٢٧٩٥٤٢٢٤

التوزيـــــع:

٣ شارع كامل صدقى الفجالة - القاهرة

تليفون: ٠٠٢٠٢٥٩١٧٩٥٩

www.darghareeb.com

إهداء

- إلى الأفراد الذين يمتلكون الإرادة ويرفضون أن يكونوا عبيداً إلا لله
- وإلى الذين تنبهوا إلى أضرار التدخين والمخدرات فعادوا إلى جادة الصواب.
- وإلى الذين يتجاهلون أضرار التدخين والمخدرات ويصرون على المثابرة والسير الدؤوب إلى الهلاك.

قبل أن تقرأ

هل حظوظ الكتب مثل حظوظ البشر، لابد أن تتعرض لأحداث قدرية لا مهرب منها ولا فكاك؟

يبدو هذا بلاشك، إذ أننى حين قمت بتأليف هذا الكتاب بناءاً على نصيحة من الأستاذ الدكتور أحمد محمد عبدالخالق - أستاذ علم النفس بجامعة الكويت - وكان الهدف هو نشر هذا الكتاب فى سلسلة "عالم المعرفة" والتى تصدر عن المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب إلا أن هيئة التحرير، لسلسلة عالم المعرفة قد اعتذروا عن نشر هذا الكتاب بحجة أن السلسلة قد تشرفت بنشر كتابين سابقين عن المخدرات والإدمان هما كتاب الإدمان للأستاذ الدكتور عادل دمرداش عام ١٩٨٢م، والكتاب الثانى لأستاذنا الدكتور مصطفى سويف عام ١٩٩٦م ورغم أننى فكرت أن أرسل إلى القائمين بالتحرير أن موضوع الكتاب الرائع هذا يختلف عن مضمون ومحتوى الكتابين السابق نشرهما ضمن السلسلة إلا أننى أحجمت عن ذلك، ثم جرت فى البحيرة مياه كثيرة فتركت مصر للعمل فى جامعة الملك عبدالعزيز بجدة فى المملكة العربية السعودية، وقد تم عرض الموضوع - موضوع الكتاب - على أحد الزملاء من السعوديين فاقترح أن ينشر الكتاب ضمن إصدارات جامعة الأمير نايف العربية للعلوم الأمنية نظراً لأن هذا الدكتور له قريب - أو من عائلته لا أذكر تحديداً الآن - يعمل ضمن أسرة تحرير السلسلة التى تصدر عن جامعة الأمير نايف العربية للعلوم الأمنية.

وقد قمت بنفسى بتقديم نسخة من الكتاب إلى وزارة الإعلام لإصدار (فسح) له، وقد تم ذلك بالفعل وقبيل تسليم (الفسح) الذى حصل عليه الكتاب تعرض هذا الزميل لحادث سير مروع أرقده الفراش لمدة قد تجاوزت الأشهر الستة، فصرفت نظر عن الجامعة أو أكاديمية الأمير نايف، واتجهت

صوب دار نشر خاصة فامتنعت إحدى الدور ووافقت أخرى، وماطلت ثالثة، ووضعت رابعة شروطاً تعسفية فى العقد على أساس أن (سوق الإدمان والتدخين نائم (أو منوم).. فرفضت هذا العرض (الاستبدادى المجحف).. حتى انتهت رحلة هذا الكتاب – الذى أعتز بتأليفه أيما إعزاز – بدار غريب للطباعة والنشر ليرى النور أخيراً بعد سنوات من الغربة والتقييم أو القبول بشروط ثم التراجع فى اللحظة الأخيرة ليستقر الكتاب فى المكان الذى يصدر منه الآن لأنه – فيما يبدو – قدره وقدرى.

راجياً أن يكون هذا الكتاب مفيداً لمن يقرأه.

والله من وراء القصد.

الأستاذ الدكتور/محمد حسن غانم
أستاذ ورئيس قسم علم النفس
آداب حلوان

مدخل إلى الوقاية
من تعاطى المخدرات

الجزء
الأول

تقديم

يسعدنى أن أقدم للمتخصصين فى العلوم الإنسانية بصفة عامة، والمتخصصون فى علم النفس والقارىء المهتم بصفة خاصة كتاب: الوقاية من تعاطى المخدرات والتدخين. وقد وجد الباحث ندرة فى الكتابات التى تناولت الوقاية واستراتيجيتها ليس فقط فى مصر بل والعالم العربى.، صحيح أن العديد من الدراسات الوبائية الابديمولوجية قد أجريت فى مصر والسعودية والكويت، وصحيح أن مثل هذه الدراسات قد توصلت إلى (محاور) مشتركة يمكن أن تكون (قواعد أساسية) فى مجال الإقبال والاستهداف للتعاطى، إلا أن الحقيقة التى يجب الإقرار بها أنه لا توجد أو توجد ندرة من دراسات ميدانية أو برامج أو استراتيجيات ذات خطوط وأهداف محددة للحفاظ على استمرار الوقاية، صحيح أن صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى - فى مصر - يجند الأفراد ويخصص العقول المتخصصة فى توعية قطاعات الشباب (بفئاتهم المختلفة) عن أضرار المخدرات، وصحيح - أيضاً - أن كاتب هذه السطور ضمن الفريق الوقائى الذى كان يتشرف بالعمل فى صندوق مكافحة وعلاج الإدمان، وأنه قد جاب مدن ومحافظات ومراكز مصر من بورسعيد حتى أقاصى الصعيد محاضراً أو مدرباً فى كيفية الوقاية من أضرار المخدرات إلا أن الإطلاع على طرق واستراتيجيات وبرامج الوقاية فى الدول الأجنبية (خاصة فى أمريكا وكندا) يكشف البون الشاسع بيننا وبينهم فى مسألة التصدى للتورط فى المخدرات وفق برامج محددة تقيم ثم يعاد النظر فيها إذا أثبتت النتائج وجود خلل ما فى بعض محاوره. وكل ما سبق مثل الدافع والحافز الأساسى للباحث لكى يؤلف هذا الكتاب، وكانت الخطة أن يقتصر الكتاب على كيفية الوقاية من تعاطى المخدرات، إلا أن الباحث قد أضاف محور التدخين للعديد من الأسباب منها:

أ- الكثرة الطافحة (وآسف لاستخدامى هذا المصطلح) من المقاهى والكوفى شوب، والتى انتشرت انتشار خلايا السرطان فى الجسم حيث لا يخلو شارع أو حتى زقاق أو أسفل بناية حديثة من وجود مقهى أو أكثر.

ب- أن تقديم الشيشة يعد (النمرة الأساسية) فى مثل هذه المقاهى.

جـ- تسابق مثل هذه الأماكن على تقديم إغراءات تركز على نوع (المعسل) ما بين معسل بالفتاح أو بالفراولة أو بكوكتيل الفواكه....الخ.

د- أن نظرة عابرة (تتبعها نظرة فاحصة) نجد أن رواد مثل هذه الأماكن جلهم من الشباب وربما فى سن المراهقة أو بداياتها، وأنهم يندفعون إلى التدخين وفقاً لدوافع وأهداف متعددة.

هـ- أن الباحث قد لاحظ أن الكثير من هؤلاء الشباب يجمع بين تدخين الشيشة والسجاير، وحين سألت عن سبب ذلك وعدم (الإخلاص) لتدخين شيء محدد، تم ذكر مجموعة من الدوافع مثل أن السجاير خفيفة وأضرارها أقل، وإن دخان الشيشة يساعد على (طرد البلغم وينظف الصدر ومشتقاته من الآثار الضارة للسجاير فيما بعد).

و- أن نتائج العديد من الدراسات الوبائية فى مصر (تم ذكر نتائج العديد من هذه الدراسات فى ثنايا هذا الكتاب) قد وجدت علاقة أساسية بين تدخين السجيارة وإمكانية التورط وتجريب أو حتى إدمان مواد مخدرة أو نفسية أخرى، وأن التدخين يعد بحق البوابة الملكية للعبور إلى محيطات المخدرات. ولكل ما سبق وغيره فقد رأى الباحث إضافة جزء عن التدخين حتى تعم الفائدة.

وأخيراً فالكتاب مكون من جزئين:

الجزء الأول بعنوان: مدخل إلى الوقاية من تعاطى المخدرات. وهذا الجزء مكون من ثمان فصول، الفصل الأول بعنوان: مدخل إلى أهم مفاهيم الإدمان. والفصل الثانى بعنوان: المواد المخدرة، وقد هدف هذا

الفصل إلى تعريف القارىء والمتلقى بأنواع المخدرات المختلفة لأن أول مبادىء الاستراتيجيات فى الدفاع أو الهجوم على العدو هو معرفة كافة المعلومات عنه حتى يتجنب المنافذ المختلفة التى قد يفاجئه من خلالها.
وفى الفصل الثالث تناولت أضرار المخدرات ولعل تقسيم الأضرار إلى جسمية ونفسية ومشكلات اقتصادية واجتماعية وأخلاقية كفيل بأن يوضح أن الأضرار متشابكة ومعقدة وأن اضرار المخدرات لا تنحصر خطورتها فى محور واحد. وفى الفصل الرابع تناولت أحد الاجتهادات التى قدمت لتقليل كارثة المخدرات وكانت عبارة عن آراء فى (إباحة المخدرات) حتى تنتهى إغراءاتها (من منطلق أن الممنوع مرغوب)، وقد أوردنا هذه الآراء التى تقول بالإباحة (مع احترامنا لها) كأحد الحلول فى مواجهة هذه المشكلة، ثم فندنا هذه الآراء وانتهينا إلى رفضها أو على حد تعبيرنا أن مغارمها ستكون أكثر من مغانمها.
وفى الفصل الخامس تناولنا محور مكافحة العرض والذى يأخذ ثلاثة محاور هى جهود المكافحة متمثلة فى الإدارة العامة لمكافحة المخدرات، ثم محور التشريع أو القانون، وأخيراً المؤتمرات والصكوك الدولية حتى يتم إنشاء شبكة القوانين والإجراءات والاتفاقات للحد من ظاهرة (عرض) المخدرات فى السوق. وفى الفصل السادس تناولنا محور مكافحة الطلب، حيث تناولنا الوقاية بمستوياتها الثلاثة والإجراءات التى يجب أن تتبع فى كل اجراء. وفى الفصل السابع تناولنا دور المؤسسات المجتمعية المختلفة فى الوقاية من الإدمان خاصة وأن الأفراد فى التحليل النهائى ينتمون إلى المجتمع، ولابد من تفعيل دور هذه المؤسسات. وفى الفصل الثامن تناولنا الدراسات والاجتهادات السابقة فى مجال الوقاية من تعاطى المخدرات سواء كانت هذه الجهود فى المجال العربى أو الأجنبى، هادفين من ذلك إلى تبادل المعلومات

والاستفادة من خبرات الدول التى سبقتنا فى مضمار الوقاية، ثم مراجع هذا الجزء.

والجزء الثانى بعنوان: الوقاية من التدخين، فقد جاء هذا الجزء مكوناً من تمهيد وخمس فصول تناولت التدخين وقضاياه من زوايا مختلفة.

وبعد،

نأمل أن يستفيد كل من يقرأ هذا الكتاب، وأن تحرض القراءة على فتح أبواب الحوار والمناقشة لوضع أسس علمية للوقاية والعلاج، والأمل الذى ننشده جميعاً هو وقاية شباب أمتنا من هذا الداء اللعين خاصة وأن التغيرات المحلية والدولية والإقليمية لا تحتمل حتى الغفوة، بل تتطلب اليقظة والانتباه وأن نأخذ بأسباب العلم والتقدم، وأن شباب مصر وأمتنا العربية هم الأمل المنوط به حمل رايات ومشاعل المستقبل، وأن وطننا وأمتنا العربية تحتاج إلى كل جهد وعمل جادٍ وفكر من أجل أن تعاود أمتنا تبؤها لمكانتها التى يجب أن تكونها دائماً هناك فى القمة.

والله الموفق من وراء القصد

أ. د.محمد حسن غانم

كتابة أولى ٢٠٠٩م

قراءة ثانية ٢٠١٤م

محتويات الكتاب

الجزء الأول

مدخل إلى الوقاية من تعاطى المخدرات

الفصل الأول: مدخل إلى أهم مفاهيم الإدمان





الفصل الخامس: مكافحة العرض

الفصل السادس: مكافحة الطلب

الفصل السابع: دور المؤسسات المختلفة فى الوقاية من الإدمان

الفصل الثالث: فى النظريات المفسرة للتدخين

الفصل الرابع: فى أضرار التدخين

الفصل الخامس: فى الوقاية وعلاج التدخين

مراجع الجزء الثانى

الفصل الأول

مدخل إلى أهم مفاهيم الإدمان

محتويات الفصل:

١- الاعتماد.

٢- استخدام المخدرات.

٣- تعاطى المخدرات.

٤- سوء الاستعمال أو الإسراف أو الاستعمال غير الطبى.

٥- الاعتياد أو التعود على تناول المخدرات.

٦- الإدمان.

٧- الإدمان المكثف.

٨- التحمل.

٩- المواد المخدرة.

١٠- المواد المخدرة المسببة للإدمان.

١١- الاشتياق.

١٢- أشكال التعاطى للمواد المخدرة.

١٣- الوقاية.

١٤- مستويات الوقاية.

١٥- الجماعات المستهدفة أو الجماعات الهشة.

١٦- الحالات تحت الإكلينيكية.

١٧- محور العرض والوقاية من المخدرات.

١٨- حقيقة الطلب والوقاية من المخدرات.



١٩- محور النتائج ومقاومة الإدمان.

٢٠- العلاج.

٢١- التأهيل النفسى والاجتماعى لمتعاطى المخدرات.

٢٢- الفريق العلاجى.

٢٣- خطوات إعداد البرنامج الوقائى من تعاطى المخدرات.

مدخل إلى أهم مفاهيم الإدمان

«إن تعدد المفاهيم المستخدمة في الإدمان أمر متوقع للعديد من الأسباب، ورغم ذلك يجب بداية الاتفاق على تحديد هذه المفاهيم».

المؤلف

تتعدد المفاهيم المرتبطة بالإدمان، وقبل أن نلج إلى هذه المفاهيم وأشهرها يجب أن نوضح الآتى:

١- تعدد المفاهيم المرتبطة بالإدمان، ومن هذه المفاهيم: التعاطى، واستخدام المخدرات (بشقيه النفسى والعضوى)، أو الاعتياد على المخدرات...الخ.

٢- أن كثيراً من البحوث تستخدم بعض المفاهيم مثل: الإدمان، والتعاطى، والاعتماد، والاعتياد.....إلخ، وبالتناوب دون الاستقرار على مفهوم واحد طوال عرض البحث أو الكتاب.

٣- أن البعض لا يتكلف مشقة أن يوضح ما إذا كانت هناك فعلاً فروق بين كل مفهوم ومفهوم آخر مرتبط بالإدمان أم لا. (محمد حسن غانم، ٢٠٠٥ - أ، ص٣٥).

٤- ضرورة أن يكون هناك نوعاً من الاتفاق بين العلماء داخل المؤسسات التعليمية العلمية على (تعريف محدد ومتفق عليه لكل مصطلح Term أو مفهوم Concept حتى يتضح ومنذ البداية المقصود بكل مفهوم.

٥- أن (فوضى وتعدد المفاهيم فى مجال الإدمان والمخدرات) أمر متوقع لعدة أسباب:

أ- أن ظاهرة المخدرات والاعتياد عليها قديم قدم المجتمعات الإنسانية.



ب- تعدد المواد المخدرة، وظهور أنواع مخدرة، واختفاء بعضها الآخر في مرحلة زمنية معينة.

ج- أن عديد من التخصصات تتعامل مع ظاهرة الإدمان والمخدرات ما بين علوم قضائية، وشرطية أمنية، ونفسية، واجتماعية، وطبية، ودينية....إلخ.

د- أن الإدمان (بعكس المواد المخدرة) هو بدوره ليس نمطاً واحداً بل عدة أنماط، وأن إدمان كل مادة مخدرة له سمات نفسية تختلف عن سمات المادة المخدرة الأخرى، فمعروف مثلاً أن الهيروين أسرع تأثيراً أو إدماناً من الحشيش، وهكذا.

هـ- أن التعامل مع ظاهرة الإدمان يمكن أن يأخذ العديد من المسارات:

أولاً: مسار الوقاية (بكافة إجراءاته ومناشطه).

ثانياً: مسار العلاج (بكافة جوانبه).

ثالثاً: مسار التأهيل (بكافة جوانبه.

رابعاً: مسار المحافظة على تعافى الفرد وعدم (جره) مرة أخرى إلى الانتكاس وما يرتبط بها من قضايا وإجراءات.

وسوف نتعرض في إيجاز إلى المقصود بكل مفهوم من المفاهيم المستخدمة في مجال الإدمان والمخدرات حتى نعرف منذ البداية المقصود بكل مفهوم أو مصطلح.

١- الاعتماد: Dependence

وهو حالة نفسية وأحياناً تكون جسمية عن تفاعل بين كائن حى وبين أحد العقاقير، وتتسم باستجابات سلوكية واستجابات أخرى، وتتضمن هذه الحالة دائماً نوعاً من القهر لتناول العقار باستمرار أو على فترات، من أجل الشعور بآثاره النفسية، أو من أجل تجنب متاعب غيابه، وقد يصحب الاعتماد نوع من التحمل Tolerance

أو لا يصاحبه، كما قد يعتمد الشخص على أكثر من عقار، والاعتماد ينقسم إلى نوعين:

أ- الاعتماد النفسى Psychic Dependence

وهو موقف يوجد فيه شعور بالرضا مع دافع نفسى يتطلب التعاطى المستمر أو الدورى لمادة نفسية بعينها لاستثارة المتعة أو لتحاشى المتاعب، وتعد هذه الحالة النفسية هى أقوى العوامل التى ينطوى عليها التسمم المزمن بالمواد النفسية، وفى بعض هذه المواد تكون هذه الحالة هى العامل الأوحد الذى ينطوى عليه الموقف.

ب- الاعتماد العضوى: Pysical Dependence

وهى حالة تكيف عضوية تكشف عن نفسها بظهور اضطرابات عضوية شديدة فى حالة انقطاع وجود مادة نفسية معينة، أو فى حالة معاكسة تأثيرها نتيجة لتناول الشخص أو الكائن عقاراً مضاداً، مما يؤدى (فى حالة الانقطاع) إلى دخول الفرد فيما يعرف باسم الأعراض الانسحابية، وهى مجموعة من الأعراض Symptoms والعلامات Signal من مادة نفسية إلى مادة مخدرة أخرى. (WHO, 1974; 1975).

٢- استخدام المخدرات: Drug Use

وهو أبسط صور استخدام المخدر، حيث بإمكان الشخص أن يستخدم المخدرات فى المناسبات، ولكن لا يسعى توقاً إلى البحث عن المخدر، لكن إذا توافر (وتواجد) لا مانع من استخدامه.

٣- تعاطى المخدرات: Drug Abuse

يعرف فرج أحمد (١٩٧١) التعاطى بأنه تناول المادة المخدرة من آن لآخر دون الاعتماد عليها والحاجة إليها، ودون وجود لأعراض

الانسحاب سواء أكانت جسمية أم نفسية، ودون زيادات فى كمية المادة المخدرة المتعاطاة. (فرج أحمد، ١٩٧١، ٢٤٣).

إلا أنه يؤخذ على هذا التعريف اقتصاره على تناول العقاقير التى تؤدى إلى الاعتياد فقط وإغفال ذكر العقاقير التى تقود إلى الاعتماد (بشقيهما النفسى والعضوى). وما يجره ذلك من أعراض انسحابية فى حالة انقطاع الشخص عن مواصلة التعاطى.

إلا أن مصطفى سويف يعرف التعاطى بسعى الفرد للحصول على المخدر، وإذا ترك الشخص المخدر (أو أجبر على ذلك) فقد تصيبه بعض الأضرار من جراء ذلك، إلا أنه لا يصل إلى مرحلة الاعتماد، على الرغم من أن التعاطى قد يحدث خللاً فى بعض الوظائف الحياتية للمتعاطى. (مصطفى سويف، ١٩٩٦، ص ٢٤).

٤- سوء الاستعمال أو الإسراف أو الاستعمال غير الطبى:

وهو الإفراط فى الاستعمال بصورة متصلة أو دورية، وبمحض اختيار المتعاطى، دون ارتباط بالاستعمال الطبى المطلوب أو الموصوف بواسطة الطبيب بهدف الشعور بالراحة، أى يخيل للمتعاطى بأنه شعور بالراحة، أو بدافع الفضول أو لاستشعار خبرة معينة.

وسوء الاستعمال لا يصل إلى درجة الإدمان، وإن كان التفريق بينهما أحياناً صعب للغاية، ذلك لأن سوء الاستعمال يتخذ طابعاً من اثنين:

أ- الاستعمال المتواصل الذى يقارب الإدمان، مثل سوء استعمال الأفيون أو الخمر أو المنومات.

ب- سوء الاستعمال العرضى أو غير المتصل لاستشعاره خبرة معينة، مثل تعاطى الحشيش أو المستنشقات. ويعتبر

استعمال المسكنات والأدوية الأخرى بدون وصفة طبية وبصورة متصلة أو عرضية من أنواع سوء الاستعمال. (عادل دمرداش، ١٩٨٢، ص٢٢).

٥- الاعتياد أو التعود على تناول المخدرات: Habituation

يخلط البعض بين العادة Habit وبين الاعتماد Dependece فالعادة هى مجرد ميل إلى تكرار سلوك ما، وأن هذا التكرار ينجح فى (تثبيت) هذا السلوك المترتب على (التكرار). إلا أن الاعتياد خاصة فى تناول المخدرات يتسم بالآتى:

أ- رغبة صريحة فى ضرورة مواصلة التعاطى وذلك لما يسببه التعاطى (المعتاد) و(المتكرر) من شعور الفرد بالراحة.

ب- ميل إلى عدم زيادة الجرعة والتثبت من عدم زيادتها.

ج- يتكون قدر معين من الاعتماد النفسى (فقط) دون حدوث اعتماد عضوى.

د- أن الأضرار المترتبة على تعاطى المادة المخدرة تنعكس فقط على الفرد المتعاطى وليس على الآخرين من أفراد المجتمع.

٦- الإدمان: Addiction

حيث الرغبة القهرية الملحة من قبل الشخص فى الحصول على المخدر بأية طريقة كانت، وأن يجد الشخص نفسه مقهوراً على الاستخدام المفرط للمخدر، بل ويعمل على تأمين الحصول عليه مع نزعة قوية للانتكاسة. (Bium, 1984 من خلال راشد الباز، ١٩٩٩، ص٤٠).

إلا أننا نفضل - فى هذا السياق - استخدام مصطلح إدمان، والذى يعنى «التعاطى المتكرر لمادة نفسية أو لمواد نفسية لدرجة أن المدمن يكشف عن عجز أو رفض للانقطاع أو تعديل تعاطيه»، بل تصبح

حياة المدمن تحت سيطرة المادة المخدرة لدرجة استبعاد أى نشاط آخر غير الاهتمام بكيفية الحصول على المخدر ثم تعاطيه وهكذا.

ومن أهم سمات الشخص المدمن الآتى:

أ- ميل إلى زيادة جرعة المادة المتعاطاة، هو ما يعرف بمصطلح التحمل.

ب- اعتماد له مظاهر فيزيولوجية واضحة.

ج- حالة تسمم عابرة أو مزمنة.

د- رغبة قهرية قد ترغم المتعاطى على الحصول على المادة المخدرة (بغض النظر عن الوسيلة).

هـ- تأثير مدمر على الفرد والمجتمع. (مصطفى سويف، ١٩٩٦، ص ص ١٧-١٨).

٧- الإدمان المكثف: Intensive Addication

وهو الإدمان لتعاطى أكثر من عقار، وهى ظاهرة انتشار استخدام العقاقير بين الشباب، وحيث يكثر استخدام أكثر من من عقار (إما لزيادة مفعول مادة تعود عليها ولم يعد مفعولها مؤثراً كما كان من قبل، أو لعدم توافر مادته المفضلة فى سوق المخدرات الآن، أو نتيجة التقليد، أو لدافع التجريب والفضول ومجاراة الرفاق، أو بهدف تخفيف تأثير عقار يتناوله مثل حالة إدمان المنومات قبل الدخول ليلاً للنوم، واستخدام المنشطات عند الاستيقاظ فى الصباح لإزالة الشعور بالتعب والكسل وإبعاد النعاس).

ومن أنماط الإدمان المكثف استخدام:

أ- الحشيش والهيروين والمنومات.

ب- الحشيش والهيروين والخمر.

ج- الحشيش واستنشاق المذيبات والصموغ والدولوكسين.



د- استخدام الخمر مع المهدئات والمنومات.

هـ- استخدام أدوية السعال والدولوكسين والسومادريل (عقاقير تسبب ارتخاء العضلات). (عبدالمجيد منصور، ١٩٨٦، ص ٢٦).

٨- التحمل: Tolerance

وهو مصطلح يقصد به فى مجال إدمان المواد المخدرة أن الشخص الذى قد اعتاد تعاطى جرعة محددة فى مادته المخدرة (المفضلة لديه) وكان يحصل على آثار نفسية وجسدية (ترضيه)... وهذا الاعتياد (للجرعة نفسها وبنفس الكمية دون زيادة أو نقصان) لم تعد الآن (ترضيه) كما كانت من قبل... ولذا يقرر ويميل الشخص إلى زيادة الجرعة المتعاطاة، وقد يقوده ذلك إلى ما يمكن أن نسميه (الجرعة الزائدة) والتى قد تقوده إلى الوفاة (كما يحدث فى الغالب بين مدمنى الحقن بالهيروين) نتيجة أن الشخص (يجهل) الكمية التى (يتحملها) جسده، وكذا (يجهل) التأثيرات المختلفة التى يمكن أن تحدث وتتفاعل داخل جسده. .(99-Robert, et.al., 1)

٩- المواد المخدرة: Drugs

بداية يشير مصطفى سويف (١٩٩٦) إلى أن مصطلح المخدرات يشير إلى معانى متعددة ومتداخلة بدرجة تدخل الغموض والإبهام أحياناً مع المقصود منه إلى هذا المعنى أو ذاك، ولذلك يتحرج كثيراً من أهل الاختصاص الآن فى استخدامه إلا فى أضيق الحدود. (مصطفى سويف، ١٩٩٦، ص ١٦٢).

ولذا يرى محيى الدين أحمد حسين (٢٠٠٢) أنه يفضل استخدام مصطلح (مواد مؤثرة فى الجهاز العصبى) بدلاً عن (مواد مخدرة) الشائع استخدامها فى سياقنا المحلى، لأن عبارة مواد

مخدرة أضيق من أن تستوعب مواد أخرى مؤثرة فى الجهاز العصبى كالمنشطات على سبيل المثال.

صحيح أن المواد المخدرة هى الأكثر شيوعاً فى سياقنا المحلى، وهذه نقطة جديرة بالنظر والملاحظة والدراسة على ضوء المتغيرات الثقافية والاجتماعية السائدة لدينا... إلا أنه تبقى ضرورة أن يكون التعريف إطاراً يسمح باستيعاب المتاح وغير المتاح من المفردات المختلفة.

وصحيح أيضاً أن مصطلح (مواد مؤثرة فى الجهاز العصبى) قد يكون من السعة بحيث يستوعب ما لا يمكن أن يدرج فى فئة المخدرات، إلا أنه تبقى عبارة غير مشروع أو غير طبى معينة على أن تقتصر دائرة المواد المؤثرة فى الجهاز العصبى على مجال اهتمامنا الحالى. (محيى الدين أحمد حسين، ٢٠٠٢، ص ص ٣٢- ٣٣).

وتعرف المخدرات بأنها مواد مخدرة يتعاطاها الشخص بصورة منتظمة، وتقود إلى عديد من المشكلات الصحية والنفسية والجسمية والاجتماعية لما تحدثه من تأثير شديد على وظائف الجهاز العصبى المركزى ولما تحدثه من الاضطرابات فى الإدراك أو المزاج أو السلوك. (مصطفى سويف وآخرون، ١٩٩١، ص١٢).

ونرى أن هذا التعريف هو الأقرب إلى الواقع، وإن كنا نرى أن تأثير المخدرات قد يحدث كل ما سبق من حيث تدهور فى الإدراك والمزاج والتفكير... وكل ذلك إنما ينعكس على سلوك الشخص المتعاطى، فضلاً عن أن ظاهرة تعاطى المخدرات وتأثيراتها المختلفة قد طرحت مسألة الاختلاف فى تحديد أو تضييق نطاق

المخدرات... إلا أننا يمكننا حصر المتغيرات التى قادت إلى هذه الاختلافات فى:

- نوع المخدر ودرجة تخديره من حيث التهدئة أو التسكين أو التنبيه.
- علاقة المخدر وآثاره المختلفة.
- علاقة المخدر بدرجة الاعتماد أو الاعتياد.
- طريقة تعاطى المخدر (شم – حقن – استحلاب – تدخين.... الخ).
- طبيعة التكوين الفردى (للفرد المدمن) من الناحية الجسمية والنفسية وعلاقتها بالاستجابة للمخدر. (سعد المغربى، ١٩٨٦، ص ص ٤٣ – ٧٦).

ولذا فإننا نفضل (فى هذا السياق) استخدام مصطلح (مواد مخدرة) مادام هذا الاستخدام غير طبى وغير مشروع، ويقود فى الآن نفسه إلى عديد من الاضطرابات مثل: اضطراب الإدراك والمزاج والتفكير والانفعال... وكل ما سبق وغيره إنما يؤثر بالطبع وينعكس على السلوك.

١٠- المواد المخدرة المسببة للإدمان:

حسب تصنيف هيئة الصحة العالمية WHO سنة ١٩٦٩/١٩٧٣م تصنف العقاقير التى تسبب الإدمان وفقاً لقابلية العقار للتفاعل مع الكائن الحى، فإذا أدى التفاعل إلى الاعتماد النفسى أو العضوى أو كليهما فإن العقار يكون مسبباً للادمان.

فمن العقاقير ما تستخدم لأغراض طبية أو غير طبية دون أن تؤدى إلى حدوث هذا التفاعل بالضرورة، وخواص حالة الاعتماد على العقار عند حدوثها تختلف حسب العقار المستعمل، فبعض العقاقير



مثل التى تحتوى عليها الشاى والقهوة قد تؤدى إلى الاعتماد بشكل عام، ومثل هذه الحالة ليست ضارة بالتبعية فى حد ذاتها، ولكن هناك من العقاقير ما يسبب التنبه الشديد للجهاز العصبى أو الهبوط أو اختلال الإدراك أو الانفعال والتفكير والسلوك والوظائف الحركية مما ينجم عنها مشاكل تضر بحالة الفرد والمجتمع الصحية.

وهذه المجموعة هى التى نعنى بها العقاقير المسببة للإدمان، وتصنف العقاقير المسببة للإدمان وفقاً لما يعرف بأنماط العقاقير المسببة للادمان إلى الأنماط الآتية:

١- **النمط الغولى والكحولى**: أو ما يعرف بالباريتوريكى: والذى يحدث نتيجة الإدمان للخمر والباربيتورات والعقاقير المهدئة مثل: الكلورا، والباربيتيورات، والماندراكس، والليبريوم، والفاليوم والميبرومامات.

٢- **النمط الامفيتامينى**: والذى يحدث نتيجة الإدمان فى تعاطى الايكسامفيتامين، وميثامفيتامين، وريثالين، وثيمنيترازين.

٣- **النمط الأفيونى**: والذى يحدث نتيجة الإدمان للأفيون ومشتقاته من المورفين، والبيثيدين، والهيروين، والكودايين، والميثادون.

٤- **النمط الكوكايينى**: والذى يحدث نتيجة الإدمان على تعاطى الكوكايين، وأوراق نبات الكوكا.

٥- **النمط القنابى**: والذى يحدث نتيجة الإدمان على تعاطى الحشيش، والماريجوانا.

٦- **النمط المهلوس**: والذى يحدث نتيجة الإدمان على المهلوسات مثل: ال. أى. دى، والميسكالين، والزايلوسايبين.

٧- **النمط القاطى:** والذى يحدث نتيجة إدمان نبات القات.

٨- **نمط المذيبات الطيارة:** والذى يحدث نتيجة إدمان التولوين، والاستيون، ورابع كلوريد الكربون.

المسكنات: تعتبر المسكنات من العقاقير التى تهبط التهيجات العصبية العامة، أو تخفض النشاط أو الانفعالات فى عضو معين من الجسم دون أن تحدث الميل إلى النوم. ويطلق هذا المصطلح على العقاقير التى تستخدم لتخفيف الآلام وإزالتها، ومعظم المسكنات لها مفعول معتدل فى تثبيت الجهاز العصبى، وهى إزالتها التوتر العصبى وتؤدى إلى الارتخاء والنوم، وإذا أخذت بجرعات كبيرة فإنها تسبب أضرار كثير للجسم. والمسكنات مفيدة فى إزالة التشنجات، وتخفيف الكحة الجافة والميل إلى القيء، وفى تقليل القلق وإزالة التوتر، وتهدئة مرضى القلب، لذلك يجب أن تستخدم تحت إشراف الطبيب لأنها كثيراً ما تحدث آثاراً ومضاعفات ضارة.

العقاقير النفسية: وهى مجموعة العقاقير التى تنتمى إلى مجموعة مواد طبيعية أو مصنعة، والتى عند استعمالها تؤثر على الجهاز العصبى المركزى عند الإنسان، ومن ثم تؤثر على نشاطه الفعلى، وتستخدم هذه العقاقير فى علاج الاضطرابات النفسية والذهنية (العقلية) وانحراف السلوك كالفصام والقلق المرضى والهستيريا والاكتئاب وخاصة الذهانى. ومن أعراض استخدام هذه العقاقير بطء الحركة والخمول والسرحان (التفكير اللاواقعى) وعدم الاكتراث والهدوء والسكينة التامة فى بعض الأحيان. وتشمل هذه العقاقير المهدئات العظمى والصغرى ومضادات الاكتئاب والمنبهات النفسية والمهدئات Tranquillizers والمنومات Hypnotics التى تنتمى إلى مجموعة مواد طبيعية أو مصنعة، والتى عند استعمالها تؤثر على الجهاز العصبى المركزى عند

الإنسان، ومن ثم تؤثر على نشاطه العقلى، وتستخدم هذه العقاقير فى علاج الاضطرابات النفسية والذهنية (العقلية) كالفصام والقلق المرضى والهيستريا والاكتئاب وخاصة الذهانى. وانحراف السلوك، ومن أعراض استخدام هذه العقاقير بطء الحركة والخمول والسرحان (التفكير اللاواقعى) وعدم الاكتراث والهدوء والسكينة التامة فى بعض الأحيان. وتشمل هذه العقاقير المهدئات العظمى والصغرى ومضادات الاكتئاب والمنبهات النفسية والمهدئات Tranquillizers والمنومات Hypnotics التى تنتمى إلى مجموعة مواد كيميائية مصنعة تسبب الهدوء والسكينة أو النعاس وهى من العقاقير التى تستخدم فى التخدير العام وعلاج الصرع والأرق، وعند إساءة الاستخدام تؤدى إلى الإدمان. كما أن المهدئات تأثيرها أكثر من المنومات، فهى لا تؤثر على المخ ككل بل يقتصر تأثيرها فى الجرعات العلاجية على مراكز معينة من المخ تختص بالانفعالات ووظائف الأحشاء كالقلب والتنفس والغدد الصماء. والمهدئات تخفف القلق فى الجرعات العلاجية، وعندما يتجاوز المتعاطى هذه الجرعات يشعر بالنعاس والاسترخاء والنوم، وهى أقل قابلية لإحداث الإدمان من المنومات.

المنشطات Stimulants: وهى من العقاقير التى تسبب النشاط الزائد وكثرة الحركة وعدم الشعور بالتعب والجوع وتسبب الأرق.

المهلوسات «عقاقير الهلوسة Hallucinogens: وهى العقاقير التى تسبب الهلوسات والخدع البصرية والسمعية واختلال الحواس والانفعالات، وعادة يحصل خلط بين مسمى هذه العقاقير وعقاقير المنومات والمهدئات، والأخيرة وإن كانت تسبب الإدمان إلا أن تأثيرها مختلف كلياً عن عقاقير الهلوسة.

المذيبات المتطايرة «المستنشقات» Inhalants: وتحتوى على

هيدركربون «فحوم مائية» Hydrocarbons وتؤثر هذه المواد على المخ والكبد والرئتين، وعند استنشاقها تحدث استرخاء ودوخة وهلوسة أحياناً.

منبهات الإدمان الخفيفة: ومنها مركبات الزانثين Xanthinen والتى توجد فى المكيفات التى تُشرب بكثرة كالمياه الغازية والكاكاو والشاى والقهوة. ويوجد الكافيين فى الشاى والقهوة والكاكاو والمشروبات الغازية التى تحتوى على الكولا المصنعة من جوزة الكولا. ويحتوى الشاى إضافة إلى الكافيين على الثيوفيسليين، كما يحتوى الكاكاو إضافة إلى الكافيين على الثيوبروجين. والكافيين مادة منبهة تسبب الأرق والتوتر عند تناول جرعات كبيرة، كما أنها تؤدى إلى الإدمان الخفيف.

مسكنات الألم غير المخدرة: والتى منها الإسبرين والبارتامول (البنادول) والفيناستين، والمادة الفعالة فى الإسبرين هى حامض الساليسليك Salicylic Acid وتستخرج الفيناستين من صبغة الانيلين، وقد ثبت أن جرعاته الكثيرة تؤدى إلى تلف الكلى والصداع. أما الباراستامول (البنادول) فمشابه للفيناسيتين إلا أنه لا يسبب الأضرار الجسيمة، ومسكنات الألم غير المخدرة تسبب الاعتماد النفسى (عبدالمجيد منصور، ١٩٨٦، ص١٨ – ٢١)، (عادل دمرداش، ١٩٨٢، ص ٢٣–٢٨).

١١- الاشتياق: Craving:

ونقصد بهذا المصطلح أن المدمن بعد فترة من تعاطيه المواد المخدرة، أو المادة المخدرة التى يفضل تعاطيها، فإذا تعاطاها بطريقة منتظمة ومستمرة لا توجد أى مشكلة (من وجهة نظر الشخص المدمن)... الا أن هذا الاستمرار فى التعاطى يكون قد ارتبط فى ذهن المتعاطى

بعديد من العلامات التى تجعله يشعر بالسرور (فى حالة استمرار التعاطى)، وإذا كان هذا المصطلح يشير فى البداية إلى طبيعة الاشتياق أو اللهفة فى مجال تعاطى الهيروين.. إلا أن هذا المصطلح (الاشتياق) قد تم استخدامه بصورة أكثر شمولاً واتساعاً ليشير إلى اللهفة القوية فى مجال تعاطى الهيروين.. إلا أن هذا المصطلح (الاشتياق) قد تم استخدامه بصورة أكثر شمولاً واتساعاً ليشير إلى اللهفة القوية فى تعاطى أى مادة مخدرة يكون الشخص قد اعتاد تعاطيها. (Baver, 1992, P.52).

وهو التعريف نفسه الذى يقدمه مصطفى سويف (١٩٩٦) من حيث أنه «رغبة قوية فى الحصول على آثار مخدر أو مشروب كحولى». وللهفة بعض الخصائص الوسواسية، فهى لا تفتأ تراود فكر المدمن وتكون غالباً مصحوبة بمشاعر مؤلمة وسيئة. (مصطفى سويف، ١٩٩٦، ص١٨٢).

١٢- **أشكال التعاطى للمواد المخدرة Drug Abuse:**

ويقصد بهذا المصطلح أن الأفراد يتباينون فى أشكال تعاطيهم للمواد المخدرة، ولذا يصنف البعض هذه المراحل فى أربعة (كما فعل روبرت ديونت R.Dupont (روبرت ديبونت، ١٩٨٩، ص٥٥-٥٧).

فى حين يدمج البعض المرحلة الثالثة مع المرحلة الرابعة؛ على أساس أن الانتظام فى التعاطى يقود حتماً إلى المرحلة الرابعة إلا وهى الإدمان. وهذا التصنيف هو الذى نتبناه فى هذه الدراسة، وهو ما يذكره مصطفى سويف (١٩٩٦) كالآتى:



أ- التعاطى التجريبى أو (الاستكشافى) Experimenatl use or Abuse

عملية تعاطى المواد النفسية فى أول عهد المتعاطى لها، وهو بعد فى مرحلة تجريبها لاستكشاف أحواله معها، وحتى يترتب على ذلك الاستمرار فى تعاطيها أو الانقطاع عن التعاطى.

ب- تعاط متقطع (أو فى المناسبات) Occasional use:

عملية تعاطى المواد النفسية كلما حانت مناسبة اجتماعية تدعو إلى ذلك، من هذا القبيل المناسبات الاجتماعية السعيدة كالحفلات والأفراح، وتختلف هذه العملية باختلاف البيئات الحضارية العريضة، كما تختلف باختلاف الشريحة الاجتماعية التى ينتمى إليها المتعاطى. ويشير التعاطى المتقطع إلى مرحلة متقدمة (عن مرحلة التعاطى التجريبى) فى ارتباط المتعاطى بالتعاطى.

ج- التعاطى المنتظم Regular use:

عملية التعاطى المتواصل لمادة نفسية على فترات منتظمة يجرى توقيتها بحسب إيقاع دافعى (سيكوفيزايولوجى)؛ لأنه حسب مناسبات خارجية (اجتماعية)، وتعتبر هذه العملية مرحلة متقدمة (عن مرحلة التعاطى بالمناسبة) فى تعلق المتعاطى بالتعاطى. (مصطفى سويف، ١٩٩٦، ص٢٥).

١٣- الوقاية Prevention:

يقصد بالوقاية مجموع التدابير التى تتخذ تحسباً لوقوع مشكلة، أو لنشوء مضاعفات لظروف بعينها، أو لمشكلة قائمة بالفعل، ويكون

هدف هذه التدابير القضاء الكامل، أو القضاء الجزئى، على إمكان وقوع المشكلة أو المضاعفات، أو المشكلة ومضاعفاتها جميعاً. (مصطفى سويف، ٢٠٠١، ص١٣١).

١٤- مستويات الوقاية:

تأخذ مستويات الوقاية المستويات الثلاثة الآتية:

أ- الوقاية من الدرجة الأولى Primary Prevention،

ويكون هدفها هو المنع (من الأساس) للمشكلة أو الاضطراب من الحدوث أصلاً.

ب- الوقاية من الدرجة الثانية Secondary Prevention:

ويكون هدفها تشخيص المشكلة أو الاضطراب، والقضاء عليه أو تحسينه بالقدر الممكن فى أقصر وقت ممكن.

ج- الوقاية من الدرجة الثالثة Tertiary prevention:

ويكون هدفها إيقاف تقدم المشكلة أو تعطيل تفاقمها، رغم بقاء الظروف التى أحاطت بظهورها. (مصطفى سويف، ٢٠٠١، ص ص ١٣١ - ١٣٢).

١٥- الجماعات المستهدفة للتعاطى أو الجماعات الهشة Risk Groups:

ويقصد بها أية جماعات محدودة داخل المجتمع الكبير يرتفع احتمال تورط أفرادها فى الإدمان، ويسهم فى زيادة احتمال التورط عدة عوامل حصرها «عارف ووستر ماير» (١٩٨٨) فيما يلى:

- وجود تاريخ للإدمان فى الأسرة.
- الانهيار الأسرى.
- الدخل المنخفض.

- ضعف الوازع الدينى.
- تدخين السجاير قبل سن ١٢ سنة.
- مصاحبة أقران متعاطيه.
- الظروف السيئة فى بيئة العمل.
- الأداء المدرسى المنخفض. (لجنة المستشارين العلميين، ١٩٩٢).

ونتفق مع ما ذهب إليه مصطفى سويف من ندرة أن يقوم عامل واحد من العوامل السابقة منفرداً فى حدوث ظاهرة الإدمان، وأن الغالب أو السائد فى مثل هذه الأحوال أن ينشط أو يتفاعل عدداً من العوامل السابقة فى حدوث الظاهرة.

وقد أشار سويف إلى أن هذه العوامل قد تأكدت من خلال العديد من نتائج الدراسات الوبائية والتى أجريت على قطاعات متعددة فى المجتمع المصرى مثل: شرائح الطلاب الثانوى، وشرائح طلاب الجامعات، وعمال الصناعة وغيرهم من الفئات. (Souaif, et.al. 1982: 198b).

١٦- الحالات تحت الإكلينكية:

وهى الحالات التى تكشف عن أشكال أو درجات معينة من الاضطرابات والأعراض التى لا ترقى لأن تشخص بأنها أعراض إكلينيكية تضعهم فى عداد المرضى، ولكنها لا تتركهم ليحسبوا ضمن الأسوياء. وتؤكد بعض الدراسات الميدانية أن نسبة منهم يمكن أن تكون تربة خصبة لظهور أنماط مختلفة من الإدمان الذى يخدم وظيفة محددة بالنسبة لها هى التداوى أو التطبيب الذاتى. ويشير التقرير الاستراتيجى للجنة المستشارين العلميين إلى أن عيادات الصحة المدرسية يمكن أن تساهم فى التشخيص المبكر لهذه الحالات، ومن ثم تقديم الخدمة النفسية المبكرة لحمايتهم من



الانزلاق فى طريق الإدمان. (لجنة المستشارين العلميين ١٩٩٢).

١٧- محور العرض والوقاية من الإدمان:

وهى مجموعة الجهود التي ترمى إلى مكافحة التهريب والزراعة والتصنيع والاتجار والتوزيع والحيازة غير المشروعة للمواد المخدرة. (لجنة المستشارين العلميين، ١٩٩٢).

ويغلب على الأفكار والخطوات التى تتخذ علي هذا المحور أن تكون ذات طبيعة قانونية، أو شرطية، أو الاثنين معاً بدءاً من التدابير فى إطار القانون الوطنى، والشرطة الوطنية، وبقية أجهزة وسلطات الدولة المعنية كسلطات التشريع، والقضاء، وإدارة المكافحة، وأشكال التعاون بين إدارات مكافحة المخدرات، والإدارات الشرطية الأخرى، وسلاح الحدود وخفر السواحل إلى القانون الدولى، وأجهزة التعاون الدولى كالشرطة الدولية الجنائية (المعروفة خارجياً باسم Interpol)، والمكتب الدولى للتحكم فى المخدرات (المعروف باسم INCB التابع للأمم المتحدة، والمعاهدات الدولية المنظمة للتعاون بين الدول فى تدابير أمور المكافحة مثل: الاتفاقية الوحيدة للمخدرات سنة ١٩٦١، والمعدلة ببروتوكول ١٩٧٢، واتفاقية فيينا عن المواد المؤثرة فى الأعصاب لسنة ١٩٧١. (مصطفى سويف، ٢٠١١، ص١٣٨).

١٨- خفض الطلب والوقاية من المخدرات:

ويقصد بها جميع السياسات والإجراءات التى تستهدف خفض أو إنقاص رغبات المتعاطين فى سبيل الحصول على المواد المخدرة إلى أدنى درجة ممكنة، ويتمثل خفض الطلب فى إجراءات الوقاية Prevention والعلاج Treatment والتأهيل Rehabilitation. (لجنة المستشارين العلميين، ١٩٩٢).



ويغلب على التصورات والبرامج التى يمكن تبنيها على هذا المحور أن تكون ذات طبيعة تربوية وإعلامية، وأحياناً تكون اقتصادية اجتماعية نتيجة إلى تغيير ظروف العمل والاجر فى بعض قطاعات الإنتاج أو الخدمات، وأحياناً أخرى تكون ذات طبيعة طبية مثل تلك المحاولات الدؤبة فى الوقت الحاضر فى سبيل استكشاف أفضل الطرق التعليمية والتربوية لتحصين الشباب منذ الأعمار المبكرة ضد الإقبال على خبرة تعاطى المواد المؤثرة فى الأعصاب والتفكير على ضوء الحقائق الميدانية التى تؤكد وجود ارتباط جوهرى (بدرجة ما) بين ظروف العمل وبين احتمالات الإقبال على التعاطى والتمادى فيه إلى مستوى الإدمان، كذلك تنتظم على هذا المحور أيضاً محاولات تقوم بها السلطات الطبية لتطوير الأداء العيادى للأطباء فى اتجاه التوصية والتدريب مع التحفظ الشديد فى تضمين تذاكرهم الطبية الأدوية النفسية بالصورة التى قد ينشأ معها طلب ذو طبيعة إدمانية. (مصطفى سويف، ٢٠٠١، ص ١٣٨).

١٩- محور النتائج ومقاومة الإدمان:

ويغلب على هذا المحور البرامج والخدمات التى تكون ذات طبيعة طبية، أو طبية نفسية اجتماعية، والغالب أن يكون هدف هذه البرامج والخدمات هو الوقاية من الدرجة الثانية أو الثالثة كالتخطيط لإقامة مراكز الإسعاف الطبى - النفسى التى تهتم أولاً بعمليات تخليص الجسم من سميات المخدرات أو الكحوليات Detoxification على أن يكون ملحقاً بها قسم للرعاية والإرشاد النفسى بحيث تتزامن العمليتان معاً (العملية العضوية والعملية النفسية) لتخليص الشخص من وطأة الارتباط بالمادة المخدرة أو المسكرة فى الحاضر والمستقبل. وفى جميع الأحوال لابد من التخطيط المتبصر، لأن هذه

المشروعات لن تحتاج إلى المبانى والأموال فقط ولكنها تحتاج – فى المقام الأول – إلى أطقم مدربة تدريباً متخصصاً سواء من الأطباء والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين وهيئة التمريض. (مصطفى سويف، ٢٠٠١، ص١٣٩).

٢٠- العلاج Treatment:

تتعدد التعريفات والتنويعات والتصنيفات التى تحتوى المفهوم العلاجى أو يشملها، بيد أننا سنقصر حديثنا عن مفهوم العلاج الذى يقدم للشخص المدمن (وهو بالطبع يختلف عن نوع آخر من العلاج لشخص يعانى من مرض عضوى). إلا أننا نتفق مع ما يورده مصطفى سويف (١٩٩٦) وقبل أن يدخل فى تحديد إجراءات العلاج وتعريفه فى مجال الإدمان حيث يورد الملاحظات الآتية:

١-هل المدمن مريض أم مذنب؟ فإذا كان مريضاً فلماذا العقاب؟ وإذا كان مذنباً فلماذا العلاج؟ (ولابد من تحديد هذا الجانب أولاً لأن كاتب هذه السطور من خلال تواجده فى فريق علاجى لعلاج الإدمان وجد أن بعض أعضاء الفريق العلاجى يكون اتجاههم سلبى تجاه المدمن، وأنه مجرم ومذنب ومسئول عن إدمانه، ولاشك أن مثل هذا الاتجاه – أو الاعتقاد – يؤثر فى مجرى العملية العلاجية بل وقد يعوقها).

٢- أن مفهوم العلاج فى الإدمان يتعدى مفهوم العلاج الدوائى – والذى يعد فى حالة الإدمان جزءاً من تدخل أوسع من ذلك بكثير – وهو التدخل الدوائى النفسى – الاجتماعى.

٣- يردد البعض أن (لا فائدة من علاج الإدمان والمدمنين)؛ لأن المدمن ينتكس (أى يعاود التعاطى بعد المرور بالخبرة والتجربة العلاجية وربما التأهيلية)، وقد ينتكس بمجرد



خروجه من المستشفى، وهذا يؤكد ما سبق أن ذكرناه من ضرورة أن يكون التدخل العلاجى غير مقتصر على التدخل الدوائى فقط، بل لابد أن يتبعه ويلازمه أو يترتب عليه تدخل نفسى واجتماعى وتأهيلى (شامل).

٤- أن أى دولة تكون طرفاً فى التصديق على الاتفاقيات الدولية الرئيسية المنظمة لموضوع التعامل فى المخدرات والمواد النفسية، لا تستطيع التنصل من مسئولياتها عن توفير أسباب العلاج بالمعنى الطبى النفسى الاجتماعى المتكامل، لأن هذه الاتفاقيات تنص على هذه المسئولية صراحة (مصطفى سويف، ١٩٩٦، ص ٢١٩ - ٢١٩).

ولذلك نقصد بالعلاج فى مجال الإدمان: جميع إجراءات التدخل الطبى النفسى والاجتماعى التى تؤدى إلى التحسن الجزئى أو الكلى للحالة مصدر الشكوى وللمضاعفات الطبية والطبية النفسية. (لجنة المستشارين العلميين، ١٩٩٢).

وغالباً ما يبدأ علاج الشخص المدمن أولاً بالتدخل الطبى والذى يهدف إلى (تطهير) الجسم من السموم (أى سموم المخدرات) ووضع حد للاضطرابات والأعراض العضوية، وكذا وضع (خطة طبية - علاجية) لكى يستعيد الشخص المدمن (عافيته)، حيث أن الإدمان فى الغالب يصرفه عن الاهتمام بصحته أو نوعية غذائه، ثم بعد ذلك يبدأ التقييم النفسى والاجتماعى والتأهيلى حتى يظل المدمن (الناقه) فى حالة (تعافى)، والعمل على تخليصه من كثير من السلوكيات (الإدمانية) وإجراء بعض التعديلات فى بيئة المدمن (السابق) بهدف التخلص من المثيرات الداعمة لموقف أو لمواقف التعاطى والتى (كانت) تساعد على (استمرار



التعاطى) ومن ثم (فشل) التوقف أو حتى (الاستمرار) فى العلاج. (11-Lisov, et.al,1988,pp.301).

٢١- التأهيل Rehabilitation:

تتعدد التعريفات التى قدمت لمفهوم التأهيل، إذ يقصد به «عملية مساعدة الأفراد على الوصول إلى الحالة التى تسمح بدنياً ونفسياً واجتماعياً بأن ينهضوا بما تتطلبه المواقف المحيطة بهم، مما يمكنهم من استغلال الفرص المتاحة أمام غيرهم من أبناء المجتمع ممن هم فى مرحلة العمر نفسها». (Shahendal 1995 من خلال مصطفى سويف، ١٩٩٠).

ويعرف التأهيل - أيضاً - على أنه مجموعة الإجراءات التى تتخذ حيال مدمنى المخدرات ومتعاطيها لإعدادهم نفسياً واجتماعياً وطبياً لمارسة أدوارهم الاجتماعية والمهنية الطبيعية التى خلعوا أنفسهم منها جراء اعتمادهم على مادة من المواد المؤثرة فى الجهاز العصبى، وبتعبير آخر وتأسيساً على صياغة منظمة العمل الدولة يعرف التأهيل على أنه مجموعة من الإجراءات التى تتخذ كسبيل إلى تمكين المدمن من الإقلاع عن إدمانه، واتخاذ مسار له فى الحياة يباعد بينه وبين خبرة الإدمان، وكذلك معاونته على الوصول إلى وضع بدنى ونفسى واجتماعى يمكنه من مواجهة مواقف الحياة المختلفة بقدر من الفاعلية كفيل بأن يحقق به فرصاً فى الحياة تتناظر مع الفرص المتاحة لأقرانه من أبناء المجتمع الذين يماثلونه عمراً.

وينطوى هذا التعريف على مجموعة من الحقائق الأساسية هى:

١- ليس المقصود بالتأهيل النفسى والاجتماعى لمدمن المخدرات أنه إجراء متمم لأية خدمة طبية محدودة كانت فى حجمها أو متسعة، فالعكس هو الصحيح.

٢- ليس الهدف من التأهيل النفسى والاجتماعى لمدمن المخدرات هو إعادة المدمن إلى الحالة التى كان عليها قبل التورط فى خبرة الإدمان، بل الوصول بالمدن إلى إيقافه عن نهجه فى الحياة، والذى تحلل من خلاله عن أدواره الطبيعية الأساسية ليعتمد على المخدرات وإحداث تغييرات (سلبية) فى سلوكه (من جراء الإدمان).

٣- أن مفهوم الخلع (أى يخلع المدمن نفسه من أدائه لأدواره فى المجتمع) وإن بدا مقترناً بالتورط فىالخبرة الإدمانية، فإن عديداً من الدراسات قد كشفت عن حقيقة مؤداها أن المدمن حتى قبل أن يقع فى خبرة الإدمان كانت لديه عديد من السلوكيات المهيئة للوقوع فى الإدمان، ولذا فإن التأهيل يهدف إلى:

أ- تدريب المدمن (السابق) على ممارسة أدواره الطبيعية التى كان يقوم بها (قبل انخراطه فى الإدمان).

تسكينه فى نسيج الحياة الطبيعية لممارسة هذه الأدوار (السياق الاجتماعى المتمثل فى العمل، إدارة أدواره الاجتماعية المختلفة بكفاءة كزوج، كوالد، كابن....الخ).

٤- تسليح المدمن بقدر من المهارات بقدر من المهارات الاجتماعية اللازمة لحسن توافقه مع الإطار الاجتماعى العريض، وأن يكف عن الإدمان، وأن يجد طريقه فى الحياة الطبيعية بيسر وسهولة.

٥- أن يُقدم التأهيل لا بوصفه (منظومة فردية) بل باعتباره منظومة متكاملة مع غيرها من الإجراءات الأخرى. (محيى الدين أحمد حسين، ٢٠٠٣، ١٤-٢٢).

كما أن التأهيل يرتبط بالعديد من المفاهيم الأخرى. (محمد حسن غانم، ٢٠٠٥).

٢٢- الفريق العلاجي Group Teams:

لا يتم علاج الإدمان أو حتى الوقاية منه إلا من خلال فريق علاجي يحتوي على تخصصات مختلفة؛ ذلك لأن الإدمان ظاهرة معقدة ومتشابكة وتتفاعل مع غيرها من الظواهر الأخرى.

وفيما يلي نقدم توصيفاً مختصراً لأدوار كل عضو من أعضاء الفريق العلاجي.

أولا: مرحلة التقييم Assessment:

١- **دور الطبيب النفسي:** ويتلخص دور الطبيب النفسي في:

- إجراءات تطهير الجسم من سموم المخدرات.
- إجراءات طبية لمواجهة بعض حالات الإرجاع الذهنية الحادة المصاحبة لأنواع التسمم التخديري.
- إجراءات طبية لمواجهة حالات الإفراط في الجرعة.
- إجراءات طبية لمواجهة مضاعفات الإدمان بصفة عامة لأنه يشيع بين غالبية المدمنين مثلاً: سواء التغذية – الأمراض المعدية – الإصابات البدنية – الاضطرابات النفسية الجسمية.
- إجراءات طبية لمواجهة مضاعفات الإدمان والمرتبطة بنوع المخدر الذي كان المدمن يتعاطاه.

والخلاصة: أن النظرة التي يجب أن تسود تجاه العلاج الطبي في مجال علاج الإدمان أنه لا يزيد على أن يكون المرحلة الأولى للتدخل العلاجي المتكامل بهدف إيقاف مجموعة من العمليات البيولوجية التي استثيرت في المدمن بفعل الخصائص الكيميائية والفارماكولوجية للمخدر بحيث بدأت تهدد مبدأ الحياة نفسه، ومن ثم فقد وجب المبادرة إلى تعطيلها وربما استثارة عمليات بيولوجية أخرى في الاتجاه المضاد

(لجنة المستشارين العلميين، ١٩٩٢، ٢١٢ - ٢١٣، مصطفى سويف ١٩٩٦: ٢٢١ - ٢٢٥).

٢- **دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي:** ويتلخص دوره في:

- معرفة الدوافع التي دفعت الشخص إلى إدمان هذا العقار أو ذاك.
- معرفة ما إذا كان هذا الشخص يعاني من أي اضطرابات نفسية أو عقلية كانت المحرض للإدمان أو ترتبت عليه.
- معرفة مدى توافق الشخص مع ذاته من عدمه، ودرجة هذا التوافق.
- معرفة طبيعة علاقاته الاجتماعية وما إذا كان لديه مهارات اجتماعية أم لا.
- التعرف على سمات شخصيته، وهل يعاني مثلاً من أي اضطرابات، وما شدة ذلك وتأثيره على السلوك.
- تطبيق بعض الاختبارات النفسية التي يستشعر من خلال حسه الإكلينيكي أنها تجيب على العديد من التساؤلات أو تؤكد بعض خطوط (التشخيص).
- العلاجات الفردية والجماعية للمدمن، ومن خلال خبرة الباحث في هذا المجال وجد أن العلاجات السلوكية والعلاج العقلاني الانفعالي هي أنسب الأساليب للتعامل مع المدمن، وكذا في استخدامها (كفنيات علاجية) في العلاج النفسي الجمعي. (مصطفى سويف، ١٩٩٤؛ مصطفى سويف ١٩٩٦؛ مدحت أبو زيد ١٩٩٨) وإن المجال يتسع لاستيعاب العديد من الفنيات العلاجية الأخرى. (لطفي فطيم، ١٩٩٥؛ صفاء خريبة، ١٩٩٨؛ محمد حسن غانم، ٢٠٠٥ - ب).

٣- دور الأخصائي الاجتماعي: ويتلخص دوره في:

- التعرف على طبيعة التكوين الأسرى للمدمن (سواء أسرته أو أسرة الميلاد).
- التعرف على مقدار الأضرار التي لحقت به من جراء الإدمان، وانعكاس ذلك في شبكة علاقاته الاجتماعية داخل الأسرة أو العمل.
- التعرف على مقدار التدعيمات الأسرية أو عدمها لدى المدمن.
- التعرف على شبكة العلاقات الضاغطة للفرد المدمن والتي قد تكون محرضة له على استمرار التعاطي (حتى وإن مر بتجربة علاج).
- التعرف على مقدار انعكاس فعل الإدمان على الأسرة، وهل هذا المدمن كان (المعبر وكبش الفداء عن جو أسرى غير صحى سائد) أم أن الشخص هذا بإدمانه قد فجر العلاقات (الهشة) داخل الأسرة.
- الاشتراك مع الأخصائي النفسي في العلاج الأسرى.

٤- دور المرشد الديني:

- التعرف على طبيعة الاعتقاد تجاه الدين (الذى يعتنقه الشخص).
- التعرف على التزام أو عدم التزام الشخص في السابق أو في الوقت الحالي بأداء العبادات الدينية.
- حث الشخص على أداء أوامر الدين باعتباره مدخلاً للعلاج مع الأخذ في الاعتبار أن الدين يحدد القيم السلوكية والاتجاهات العامة ومنها: الاتجاه نحو المخدرات، فعلى سبيل المثال نجد أن تناول الخمر في الديانة اليهودية، والمذهب الكاثوليكي يتم السماح بها في بعض الاحتفالات الشعبية والمناسبات الرسمية، بينما نجد الإسلام وبعض الطوائف المسيحية التقليدية يحرمان نهائياً تناول الكحوليات، بل وعدها من الكبائر، كما يمكن استخدام تكنيك



المدخل الدينى فى علاج المدمنين وتحقيق نتائج جيدة فى استمرار التعافى (انظر: Author., 1998, p.642، منصور الرفاعى، ١٩٨٨، ٤٨٧ - ٣٠٥).

وقد أحسن صندوق مكافحة وعلاج الإدمان صنعاً بإصداره كتاباً موجهاً إلى الدعاة الدينيين الذين يتعاملون مع المدمنين (صندوق مكافحة المخدرات ١٩٩٩).

٥- دور مرشد التعافى:

مرشد التعافى هو شخص قد مر سابقاً بتجربة الإدمان إلا أنه فى حالة تعافى الآن، وينحصر دوره فى الفريق العلاجى فى:

- التعرف على تاريخ الشخص مع التدخين والمخدرات.
- التعرف على كم الجرعة وهل هى ثابتة أم متزايدة.
- التعرف على أساليب المراوغة والإنكار التى يتبعها المدمن فى التعاطى.
- التعرف على أسباب الانتكاسة فى كل مرة.
- التدخلات العلاجية بواسطة الخطوات الاثنى عشر خطوة، والانضمام إلى جماعات المساندة الذاتية Self Help Groups.

٦- دور أخصائى أو مرشد التأهيل:

- التعرف على هوايات الشخص التى كان يمارسها قبل أن ينخرط فى الإدمان.
- التعرف على كيفية قضاء هذا الشخص لأوقات الفراغ.
- التعرف على الميول والاتجاهات.
- توجيه الشخص إلى نوع الهوايات التى تحقق له الإشباع بعيداً عن المخدرات.
- إمكانية تدريب الشخص على هوايات جديدة حتى يشغل بها وقت



فراغه، أو تحقق له السعادة بعيداً عن السعادة الزائفة والمتوهمة الناتجة عن تعاطى المخدرات.

تلك كانت أبرز واجبات كل عضو من أعضاء الفريق العلاجى الذى يجب أن يتعامل مع المدن.

ومن خلال تجربة الباحث كعضو فى الفريق العلاجى يؤكد على ضرورة الأخذ فى الاعتبار أمرين:

الأول: لابد من وجود تكامل بين جميع أعضاء الفريق العلاجى، وعدم انفراد عضو من أعضاء الفريق بتقييمه أو المبالغة فيه، أو غض الطرف عن باقى التقييمات الأخرى، بل من الواجب الإلزامى أن تصب كل هذه المعلومات فى بوتقة واحدة لصالح المريض/ المدمن، ولصالح جهود الفريق العلاجى.

الثانى: ضرورة تدريب أعضاء الفريق العلاجى على التعامل مع حالات الإدمان، والتعرف على اتجاهاتهم تجاه المدمنين بصفة عامة، فقد لاحظت مثلاً - من خلال الخبرة - أن بعض أعضاء الفريق العلاجى ينظر إلى المدمن (على الإجمال) بأنه سيكوباتى Antisocial ولذا يجب أن يعامل بعنف، أو لا يكون مؤمناً - على الإطلاق - بتعافى المدمن، بل وكان أحد أعضاء الفريق العلاجى يسخر من المدمن (الناقه) الذى كتب له الفريق العلاجى خروجاً من المستشفى أنه سيراه قريباً جداً منوماً فى المستشفى.

وبعد خطوة التقييم تأتى الخطوة الثانية وهى: التشخيص Diagnosis حيث يتوصل الأخصائى النفسى الإكلينيكى إلى تحديد مشاكل المريض والتى نتجت أو رافقت أو كانت السبب فى إدمان المدمن، وما لم يتعامل من الأساس مع هذه المشاكل فسوف تستمر الانتكاسات، بل أن الركيزة الأساسية لاختيار نوع

المادة المخدرة هى العوامل الشخصية المرضية لدى المدمن (انظر: Erich, Goad, 1999, pp: 349- 380 ، ميخائيل جوسوب، ٢٠٠٠، ٤٢١ - ٤٤٢).

ويقدم لنا مونرو (١٩٩٢) ستة عناصر أساسية يتم فى ضوءها النظر إلى المشكلة وكيفية التعامل معها - خاصة تلك المشاكل المترابطة مع الإدمان - وهى:

١- احتمال أن تتواجد عناصر المخاطرة للإدمان بدرجة كبيرة سواء فى الاضطرابات النفسية المصاحبة للإدمان سواء أكانت هذه المشاكل تصف وتشخص، فى المحور الأول أو الثانى الخاص باضطرابات الشخصية ووفقاً للتشخيص الأمريكى الإحصائى بتعديلات الدليل الثالث والرابع. (DSMIV, 1994, DSM III R, 1987).

٢- أن تقدم برامج علاجية وتأهيلية مناسبة للمدمنين الذين يعانون من اضطرابات نفسية مصاحبة لإدمانهم.

٣- أن تفسر الاضطرابات النفسية كنتيجة للإدمان.

٤- حدوث بعض الاضطرابات النفسية أثناء التعامل مع الأعراض الانسحابية With drawal Symptoms.

٥- تواجد كل من الاضطرابات النفسية والإدمان فى وقت واحد، وأن يستمر ذلك ومعاً لفترة طويلة.

٦- تواجد كل من الاضطرابات النفسية والإدمان معاً لدى الأشخاص ودون وجود أى علاقة بينهما. (Monro, A, 1992, PP: 232 - 240).

وعموماً فإن العديد من المدمنين قد يعانون المشكلات الآتية:

- القلق الشديد.



- الاكتئاب.
- نقص المهارات الاجتماعية.
- عدم القدرة على حل المشكلات.
- نقص في توكيد الذات.
- الاعتمادية والسلبية.
- المخاوف الاجتماعية.
- العجز عن اتخاذ القرارات.
- عدم القدرة على تحمل المسئولية.
- عدم القدرة على التعبير عن الغضب.
- الإحساس بالدونية.

وغيرها من المشاكل والتى قد نجد واحد من هذه المشاكل - أو غيرها - أو أكثر من مشكلة يعانى منها المريض المدمن، وبما أن دوافع الإدمان تكون متعددة ومختلفة إذن لابد من الأخذ فى الاعتبار تعدد الأسباب النفسية والاجتماعية الدافعة إلى التعاطى.

وبعد تحديد مشاكل المريض نبدأ بوضع مجموعة من الأهداف والخطط لكيفية التعامل مع مشاكله عن طريق تقسيم التعامل مع كل مشكلة إلى:

أولاً: أهداف بعيدة المدى: وتكون كالآتى:

- الاعتراف بأنه مدمن وشروعه فى المشاركة فى برنامج خاص بالتعافى.
- التوصل إلى تعاف مستمر، والبعد عن استعمال كافة أنواع المواد المخدرة التى تؤثر على الانفعال.
- التوصل إلى الامتناع التام والاستمرار فيه مع زيادة معلوماته عن طبيعة المرض وطبيعة أن يحافظ على أسلوب حياته بلا مخدرات.



- تحسين نوعية حياة المدمن بالمحافظة على التعافى.

ثانياً: الأهداف متوسطة المدى:

- التعرف على الآثار السلبية للتعاطى والتى أثرت على حياته.
- أن يوضح له المعالج الآثار الإيجابية للإقلاع والتعافى.

ثالثاً: الأهداف قريبة المدى:

- اكتب له خطة للتعامل مع المشكلة.
- حدد وجهة نظر المدمن/المريض فى المشكلة.
- حدد العوامل التى تساعد على الانتكاسة.
- اشرح للمريض التغيرات الأساسية التى يحتاج إدخالها على حياته.
- حدد نوع ومصادر دعم الامتناع المتوفرة فى الوقت الحاضر.

(آرثر.ى.جونجسما، له مارك بيترسون، ١٩٩٧، ٢٩ - ٣١).

وقد قدم الباحث نموذجاً لكيفية التعامل مع حالة إدمانية كانت تعانى من المشاكل الآتية:

- الاعتماد على المخدرات كنمط للحياة.
- الخجل.
- عدم توكيد الذات.
- الاكتئاب ومشاعر الذنب.
- اضطرابات جنسية أخذت شكلين منحرفين:
  ١- جنسية مثلية سلبية.
  ٢- تعلق جنسى بالمحارم.
- القلق والتوتر المرتبط بالمواقف الاجتماعية (الفوبيا الاجتماعية).

(محمد حسن غانم، ٢٠٠١، ص٢٩٣).

وبعد خطوة تحديد المشاكل نبدأ فى وضع البرنامج العلاجى والذى

يجب أن يتناسب مع طبيعة وحجم المشكلة وطبيعة التدريب الذى تلقاه الأخصائي النفسى الإكلينيكى فى هذا الصدد.

فعلى سبيل المثال تم التعامل مع مشاكل المريض السابقة الإشارة إليه من خلال استخدام العديد من الفنيات العلاجية مثل: العلاج النفسى التدعيمى، العلاج النفسى السلوكى، (أسلوب الاسترخاء العضلى، أسلوب توكيد الذات)، العلاج العقلانى/ الانفعالى، مع الأخذ فى الاعتبار أن هذا البرنامج العلاجى قد استمر ما يزيد عن الأربعة أشهر داخل المستشفى، وثلاثة أشهر متابعة من خارج المستشفى من خلال وحدة الرعاية اللاحقة OPD (محمد حسن غانم، ٢٠٠١، ٢٧٨ - ٣٠٦).

وإذا كان المدمن - فعلاً - يعانى من مشكلة القلق فيجب تدريبه على كيفية التعامل مع القلق، وأن تكون الفنيات تلك وسيلة من الوسائل التى يلجأ إليها فى أسلوب حياته العادية ومن خلال تصميم برنامج معين.

وإذا كانت المشكلة تتمثل فى عدم القدرة على حل ما يواجهه من مشكلات أو اتخاذ القرار (ذلك لأن ستونر ونكلر على سبيل المثال) يريا أن حل المشاكل واتخاذ القرار عمليتان متلازمتان وتسيران وفق نموذج يتواصل عبر أربع مراحل هى:

- تحديد المشكلة.
- وضع أكبر قدر من بدائل الحلول (لأنه لا يوجد حل واحد ونهائى متفق عليه لأى مشكلة).
- التقويم أو المفاضلة بين البدائل واختيار الأفضل.
- الشروع فى تنفيذ البديل المختار ومتابعة تنفيذه: (Kim, et al., 1998).

٢٣- خطوات إعداد البرنامج الوقائى من تعاطى المخدرات:

إن أى برنامج وقائى لابد أن يشتمل على الخطوات الآتية:

١- المعلومات الأساسية اللازمة لإعداد البرنامج:

لابد أن تتوافر لدى القائم بتصميم البرنامج مجموعة من المعارف والمعلومات والبيانات، وفى حالتنا تلك يجب أن تتوافر المعلومات الآتية عن:

- نوع المخدر أو المادة النفسية الأكثر انتشاراً.
- الأنماط السائدة للتعاطى فى المجتمع.
- التكرار (كم مرة فى وحدة زمنية معينة ولتكن أسبوع مثلاً).
- أسلوب التعاطى (التدخين، البلع، الشم، الحقن، الاستحلاب مثلاً).
- المدة (عدد الشهور أو السنوات منذ بدء التعاطى حتى الآن.
- دوافع العلاج، وهل تم بالإجبار أو بالاختيار؟
- الأسباب التى تؤدى إلى الانتكاس قبل المرور بتجربة العلاج.
- تحديد الجمهور (أو العينة) المستهدفة من وراء هذا البرنامج.
- الأهداف التى نسعى إلى تحقيقها.

٢- الخلفية النظرية وفرص التدريب اللازمة للقائمين على برامج الوقاية:

لابد من توافر خلفية نظرية أساسية للأشخاص الذين يعملون فى مجال التأهيل النفسى/الاجتماعى لمدمنى المخدرات مثل:

- دراستهم الأكاديمية.



- فرص التدريب التى أتيحت لهم.
- اتجاهاتهم نحو الإدمان والمدمنين.
- توافر درجة لا بأس بها من السواء النفسى لديهم (ذلك لأن السواء المطلق - أى تمتع شخص بالصحة النفسية كاملة - يعد خرافة لا وجود لها فى أرض الواقع، وإن كل إنسان مضطرب بدرجة أو بأخرى قلت هذه الدرجة أو زادت).
- درجة دافعيتهم للعمل فى برامج التأهيل.

٣- إعداد البرنامج:

ويشتمل هذا الجانب من تصميم البرنامج على ضرورة الأخذ فى الاعتبار الآتى:

أ- هدف البرنامج ومحتواه: وفى حالتنا هذه يكون تأهيل المدمن (الناقه) والمحافظة على استمرار تعافيه ومنع الانتكاسة أو أى علاقات تقود إليها.

ب- بنية البرنامج: مثل:
- مدة البرنامج.
- عدد الجلسات.
- طبيعة الفنيات أو العلاجات التى ستستخدم، ليس من حيث درجة إجادتها، ولكن من زاوية أخرى هامة هى مدى مناسبتها لحالة المدمن (الناقه) وتجاوبه معها.
- محتوى كل جلسة.
- زمن كل جلسة.

المكان الذى سيتم فيه نشر وتفعيل برنامج الوقاية هل:

أ- من خلال التجمعات التى من الممكن أن تكون مستهدفة (زيارة المدارس).

ب- تجميع الفئات المستهدفة فى أماكن ذات خصوصية خاصة (مثل المعسكرات الصيفية مثلاً).



٤- إجراءات تنفيذ البرنامج: من خلال:

أ- المقياس القبلى للمتغير التابع، اللهفة على الإدمان مثلاً Carving أو سلوكيات معينة كانت تضر بالشخص وتجعله يستمر فى الإدمان (قلق، اكتئاب، عدم توكيد الذات، خجل، مخاوف، عدم القدرة على حل المشكلات واتخاذ القرارات.. الخ).

ب- القياس البعدى للمتغير التابع، ومقارنة نتائج القياس القبلى بالبعدى، ويمكن بعد ذلك وضع تعديلات (أو الاستمرار) فى البرنامج.

٥- **النتائج النهائية:** حيث سيتم تحليل نتائج التقويم النهائى للبرنامج، وسوف يكون أمامنا محورين:

الأول: نتائج إيجابية: حيث أن الأفراد هل ظلوا مثلاً محافظين على استمرار تعافيهم، وأن هذا التعافى (أو التغير فى السلوك) قد انتقل إلى مجالات أخرى من شبكة العلاقات الاجتماعية؟

الثانى: نتائج سلبية: مثل حدوث (سقطة) Lapse أو انتكاسة Relapse وقد تجعلنا مثل هذه النتائج نعيد النظر فى محتوى البرنامج بما يتناسب مع العديد من الجوانب التى تكون قد أغلفناها عند التصميم الأول للبرنامج.

تلك باختصار أهم المفاهيم التى حاولنا أن نتعرض لها فى عجالة حتى يتضح - ومنذ البداية - ماذا نقصد بكل مفهوم، وأن تحديد المفاهيم يعد الخطوة الأولى فى صرح أى بناء علمى منهجى/ موضوعى.

الفصل الثانى

المواد المخدرة

محتويات الفصل:

- موقف المخدرات.
- المواد المخدرة.
- أولاً: المخدرات الطبيعية:

١- الحشيش.

٢- نبات الخشخاش.

٣- نبات الكوكا.

ثانياً: المخدرات الصناعية:

١- المورفين.

٢- الهيروين.

٣- الكوكايين.

ثالثاً: العقاقير أو المخدرات التخليقية

١- عقاقير منبهة.

٢- عقاقير مهدئة.

٣- عقاقير مهلوسة.

- الخمر أو الكحوليات.
- المواد المتطايرة أو المستنشقات.
- النيكوتين أو الطباق.

«إن المخدرات قديمة قدم المجتمعات الإنسانية، بيد أن المخدرات المخلقة أكثر خطورة على الجسم والنفس من المخدرات الطبيعية، ويكفى أن نعلم أن الهيروين - وهو أحد مشتقات الأفيون - أقوى خمس مرات من الأفيون، كما أن سيطرته على المتعاطى تكون سريعة وحاسمة».

المؤلف

إن البرامج الوقائية تقتضى ضمن ما تقتضى من متطلبات، أشياء كثيرة ومحاور ومن أهمها تحديد المادة أو المواد المسببة للإدمان والذى يهدف البرنامج الوقائى إلى (تبصير) الجمهور أو الشريحة المستهدفة بأنواع هذه المخدرات.

ومسألة شرح المواد المخدرة المسببة للإدمان يكتنفها العديد من الصعاب خاصة إذا أخذنا فى الاعتبار أن مسألة (حب الاستطلاع) تكون من أهم الدوافع التى قد تدفع إلى حب الاستطلاع أو تجريب الإدمان، إلا أن مسألة (الشرح والتوضيح لمسألة المواد المخدرة) تقتضى العديد من الشروط سوف نتحدث عنها فى ثنايا حديثنا فى الفصول التالية.

موقف المخدرات فى مصر الآن:

أن للمخدرات - خاصة الطبيعية - مكانة متميزة فى مصر نلخصها كالآتى:

١- ينتشر تعاطى المخدرات الطبيعية (القنب والأفيون) بوجه خاص فى

مصر منذ مئات السنين.

٢- ينتشر تعاطى المخدرات الطبيعية بين الذكور المصريين، وقلما نجده بين الإناث، كان هذا فى الماضى ولا يزال فى الحاضر رغم كثير من الشائعات التى لا تستند إلى أساسٍ بحثى.

٣- يلاحظ أن تعاطى الأفيون أقل انتشارا من تعاطى القنب لدرجة أن نتائج أحد البحوث المنشورة فى سبعينيات القرن الماضى قد قدرتها بنسبة ١:٣.

٤- الذين يتعاطون المورفين أقل كثيراً مما يتعاطون الأفيون.

٥- بدأ تعاطى الهيروين فى الظهور مع أوائل الثمانينيات (من القرن الماضى)، وبوجه خاص منذ سنة ١٩٨٤.. غير أنه لايزال محصوراً فى شرائح محدودة جداً، رغم ضخامة الضجة الإعلامية المثارة حوله.

٦- كذلك بدأ تعاطى الكوكايين فى الظهور فى وقت مقارب لظهور تعاطى الهيروين. إلا أن كثير من الدلائل تشير إلى أن هذا التعاطى محصور فى دائرة أضيق بكثير من دائرة تعاطى الهيروين.

٧- بدأ تعاطى المواد النفسية المخلقة (الأدوية المؤثرة فى الأعصاب ومنها المنشطات والمنومات والملطفات الصغرى) يظهر بشكل ملحوظ فى أوائل السبعينات (فى القرن الماضى) وإن الدلائل تشير إلى أن انتشار تعاطى هذه المواد لايزال أقل بكثير من انتشار تعاطى القنب.

٨- تشير نتائج العديد من الدراسات الميدانية إلى أن شرب الكحوليات فى طريقه إلى التزايد، وأنه حتى فى الوقت الراهن يفوق بكثير انتشار تعاطى المخدرات الطبيعية والمواد المخلقة على السواء. (مصطفى سويف، ٢٠٠١، ص ص ١١٥ - ١١٧).

٩- ينتشر فى الوقت الراهن مخدر البانجو وهو من أنواع المخدرات التى انتشرت فى الآونة الأخيرة لعدة أسباب منها:

أ- رخص سعره.

ب- سهولة زراعته فى أى مكان.

ج- سهولة ترويجه.

د- إمكانية أن يتناوله الشخص بمفرده أو مع جماعة.

هـ- إمكانية أن يخلط الشخص نبات البانجو الجاف (خاصة الأوراق أو الزهرة أو ما يُعرف فى لغة المدمنين للبانجو باسم: العرنوس) مع المعسل وتدخينه فى الشيشة أو الجوزة.

و- صعوبة إيجاد مواد مخدرة أخرى فى السوق (سوق المخدرات) واختفاء أغلبها وغلو سعره بل وإمكانية غشه (خاصة الحشيش أو الأفيون أو الهيروين).

ز- وجود العديد من مئات الأفدنة من الممكن زراعتها خاصة فى صحراء سيناء والوديان التى من الصعوبة بمكان الوصول إليها، ناهيك عن افتقار مثل هذه الأراضى المزروعة بالبانجو إلى (الحيازة) وبالتالى لا يوجد (شخص محدد) يمكن تحميله قضية زراعة مثل هذه الأرض بنبات البانجو المخدر.

١٠- يوجد الأن فى سوق التعاطى إدمان الحبوب المخدرة والمؤثرة فى الحالة النفسية مثل: أبو صليبة، والمنشطات، والملطفات الصغرى والكبرى. وقد شجعت العديد من العوامل على استمرار تعاطى مثل هذه المواد مثل: سهولة الحصول عليها (حيث توجد العديد من الصيدليات التى تبعيها دون روشتة طبية) إضافة إلى إمكانية تهريبها وسهولة ذلك، ورخص ثمنها، وغيرها من العوامل.

١١- إذا اعتبرنا التدخين (جزءاً من الإدمان) وهو كذلك بالفعل، ذلك لأن التدخين هو البوابة الأساسية لإمكانية تجريب مواد مخدرة أخرى، ولعل أهم النتائج - كمثال - التى خرجت بها دراسة تناولت قطاعات طلاب الجماعات من المدخنين الآتى:



أ- تبين وجود درجة عالية من التلازم بين الانتظام فى تدخين السجائر من ناحية والاستهداف للآلام والأمراض الجسمية والاضطرابات النفسية من الناحية الأخرى.

ب- تبين وجود درجة عالية من الاقتران بين الانتظام فى عادة تدخين السجائر من ناحية ومعدلات التجرؤ على قواعد الحياة الاجتماعية السوية من الناحية الثانية مثل السلوكيات الآتية:

١- فى المجال الجامعى:

- الغش فى الامتحانات.
- ضرب أحد الزملاء.
- الطرد من المحاضرة.
- المشاجرة مع أحد الزملاء.
- المشادة مع أحد الزملاء.
- السرقة من أحد الزملاء.

٢- فى المجال الأسرى:

- ترك المنزل نتيجة المشادة مع الأهل.
- الخناق مع الوالد أو الوالدة.
- السرقة من المنزل.

٣- فى مجال الحياة العامة:

- الوقوع فى متاعب مع البوليس.
- السرقة من أحد المحلات.

ج- تبين وجود درجة عالية من التلازم بين التدخين من ناحية، ومعدل الانفتاح على ثقافة تعاطى المواد النفسية من الناحية الأخرى. (مثل الأدوية المهدئة والمنشطة، والمنومة، والمخدرات الطبيعية، وشرب الكحوليات، وتعاطى الأدوية النفسية دون ضرورة طبية).



د- لا يمكن إغفال تدخين الطباق عند الحديث عن تعاطى المواد النفسية وإدمانها أو الاعتماد عليها وذلك لسببين:

أولهما: أن الطباق نفسه من المواد المحدثة للاعتماد.

ثانيهما: أن تدخين الطباق (المعسل) يقوم فى حالات كثيرة مقام الخطوة التمهيدية للإقدام على تعاطى مواد نفسية أخرى.

هـ- وجود اقتران دال في غالب الأحوال بين تدخين السجائر من ناحية والاستمرار أو عدم التوقف عن تعاطي مختلف أنواع المواد النفسية الأخرى من الناحية الثانية (وبخاصة تناول المشروبات الكحولية). (مصطفى سويف وآخرون، ١٩٩٥، ٣٣٧ - ٣٩٦).

١٢- وجود مادة (الماكستون فورت المخدرة) والتى عرفها السوق المصرى للمخدرات إبان فترة الثمانينيات من القرن الماضي ومازالت موجودة حتى الآن ولكن بدرجة قليلة فى سوق الإدمان نظرا لعدة عوامل أهمها: غلو سعرها، فضلاً عن إمكانية (غشها) مما يدخل الشخص الذى يتعاطاها فى العديد من المشاكل الصحية الحادة.

وسوف نقدم باختصار فى باقى صفحات هذا الفصل تعريف بأهم أنواع المخدرات (كجانب وقائى لأن معرفة العدو ومعرفة حدوده وأبعاده هام جداً لتجنب حبائله ومسالكه وألعابه).

١٣- بعد قيام ثورة (٢٥ يناير ٢٠١١م) وما تلاها من أحداث - مازالت تلقى بظلالها فى أرض الواقع حتى الآن (٢٠١٤) انتشر تعاطى (الترامادول) بين الشباب ويتم تعاطيه بهدف أو أهداف أخرى مثل منح الشخص القوة، وأن يجعله فحلاً فى ممارسة الجنس وأشياء أخرى.. مع الأخذ فى الاعتبار أن هذا العقار يتم صرفه فى الأساس كمسكن لآلام العظام.. وقد تم ضبط كميات هائلة فى الفترة الأخيرة تم الاتيان بها من بعض الدول المجاورة. وينتشر تعاطى هذا العقار -

من خلال الملاحظة والإخباريون - فى أوساط الحرفيين والكثير من العاطلين عن العمل، بل أن بعضهم يتعاطاه قبل أن يدخل فى مشاجرة بهدف أن يجعله يتحمل ما يتلقاه من (ضربات) دون أن يشعر بها.

المواد المخدرة:

يعد توافر المواد المخدرة Drugs من أهم العوامل التى تقود إلى الإدمان، إذ بدون توافر العقار المخدر لا يكون هناك إدمان (محمد حسن غانم، ٢٠٠٥ - أ). وبغض النظر عن الاجتهادات التى حاولها العلماء لتصنيف المخدرات إلا أننا سنحاول الحديث عن أشهر أنواع المخدرات:

١- الحشيش (أو نبات القنب الهندى) Hasish:

وهو أكثر أنواع المخدرات انتشاراً فى دول الشرق الأوسط، ويعرف بأسماء متعددة مثل: تاكرورى فى تونس، وكيف فى المغرب، وأناشكا فى روسيا، وأسرار فى تركيا، وفى أمريكا الماريجوانا. (هانى عرموش، ١٩٩٣، ص٩٢).

ويعرف فى الهند بهانجا Bhanga وبانج Bang وكاراس Charas وجنجا Ganja وقنب Hemp وفى التبت ميميا Mimea ومومِيا Momea, وفى البرازيل ليمبا وتمباما Limba Thiamba & وماكونبا Maconba, وفى المكسيك روزماريا Rosemaria. (محمد فتحى عيد، ١٩٨٨، ص١٤١).

والماريجوانا أو الحشيش ما هى إلا أسماء لمستحضرات نبات واحد يسمى علمياً Cannabis Sativa وهو نبات حولى سمي قديماً بالقنب، وهو نبات ينمو طبيعياً أو برياً، ومن الممكن زراعته فى جميع المناطق المعتدلة الحارة فى العالم. ويعتبر نبات القنب أقدم النباتات غير الغذائية للإنسان بدأ ظهوره فى آسيا ثم انتشر بعد ذلك فى العديد من دول العالم.

.(85-Andreasson, et al, 1987, 1483)

ولقد عرف العرب الحشيش، وأطلقوا عليه هذا الاسم؛ لأن كلمة حشيش فى اللغة العربية تطلق على العشب، ويسمى نبات القنب الهندى بالحشيش، كما أنه استخدم فى الأغراض العلاجية وفى مناطق كثيرة من العالم، كما أن الغربيون يرون أن الحشيش هو مخدر البلاد العربية، حيث ذكر (المقريزى) انتشار تعاطى الحشيش بين الفقراء فى مصر وبلاد الشام والأناضول (تركيا) والعراق، وذلك فى القرن الرابع عشر الميلادى. كما ارتبط الحشيش بالطقوس الدينية خاصة لدى المذاهب المتطرفة، وذلك لأن كلمة (الحشاشين) قد أطلقت فى الأصل على طائفة من الاسماعيلية عاشت مع زعيمها (حسن بن الصباح) فى قلعة الموت بين أواخر القرن الحادى عشر وأوائل القرن الثانى عشر فى الجبال الكائنة فى شمال إيران، ويُقال إنه كان يحث مريديه على قتل خصومه، كما أنه كان يحث مريديه على تعاطى مزيج من الحشيش والداتورة أو الأفيون ثم يتركهم بصحبة الفتيات الحسان، وهم فى غمرة التخدير كان يوحى لهم أنهم الآن فى الجنة. (عادل دمرداش، ١٩٨٢، ٢١٠).

وطبقاً لتقرير لجنة المخدرات بالمجلس الاقتصادى والاجتماعى التابع للأمم المتحدة فإن نبات الحشيش منتشر بصورة خطيرة فى جميع أنحاء العالم، وتحصى الأرقام الرسمية عدد مدمنى الحشيش بمائتى مليون نسمة أو يزيد، ويقال أن أغلبهم يقع فى البلاد العربية، ولهذا شكلت جامعة الدول العربية لجنة خاصة لمحاولة التخلص منه. (أحمد على ريان، ١٩٨٤، ١٩٠).

وتتعدد طرق تعاطى الحشيش، ويرجع اختيار الطريقة إلى عوامل متعددة تتصل بالأفراد أنفسهم ووضعهم الاجتماعى، كما أن كمية الحشيش اللازمة للتخدير تختلف من فرد لآخر، ومن هنا فقد يستعمل الحشيش

إما بالتدخين (عن طريق لفه فى سيجارة أو وضعه على المعسل فى الشيشة أو الجوزة)، أو يتم تعاطيه أحياناً كشراب منقوع وذلك عن طريق نقع نباتات القمم المزهرة فى الماء، وتختلط فى بعض الأوقات بأنواع مختلفة من المشروبات العطرية كالبرتقال والياسمين، أو الكحوليات. (سلوى على سليم، ١٩٨٩، ٤١٠).

٢- نبات الخشخاش (أو الأفيون) Opium:

حيث عرف منذ القدم، وقد اتضح ذلك من خلال الكتابات القديمة، حيث يؤكد البعض أن الحضارة السومرية قد عرفت خصائص التخدير فى نبات الأفيون وذلك من خلال لوحة سامرية يعود تاريخها إلى عام ٤٠٠٠ قبل الميلاد، وأطلقوا عليه اسم (نبات السعادة) The Plane of Toy، كما وجد فى لوحة أخرى يرجع تاريخها إلى عام ٣٠٠٠ قبل الميلاد وتوضح كيفية حصاد الأفيون. كذلك عرفه المصريين القدماء منذ عام ١٥٠٠ عام ق.م، حيث ذكر فى ورقة البردى فى (بردية ايبرس) ما يفيد معرفتهم لعقار له القدرة على منع الإفراط فى البكاء عند الأطفال، وإزالة الكرب والهم والضيق عند الكبار. وقد عرفه أيضاً الصينيون وأطلقوا عليه اسم (شراب الآلهة)، كما ذكره (هوميروس) فى أشعاره ووصفه بأنه مسكن لكافة اضطرابات البشر، ولذا لا عجب أن نجد ارتباطاً بين الكثير من القصائد الدينية القديمة وبين تعاطى الأفيون، وذلك للاعتقاد بأن الحالة التى يتعمق فيها المخدر داخل الشخص تسهل تواصله مع عالم الأرواح. (عادل دمرداش، ١٩٨٢، ١٦٠ - ١٦٣).

ولازال حتى الآن تعاطى الأفيون يستخدم عند كثير من الشعوب فى الطب الشعبى كعلاج لكثير من الأمراض، كما هو الحال فى الهند وشعوب شرق آسيا وجنوبها، وأيضاً فى الكثير من قرى ونجوع مصر خاصة فى الصعيد؛ لأنه يوصف كمسكن لعلاج الكثير من الآلام، إضافة إلى التعاطى

لأغراض الكيف وتحقيق الشعور بالنشوة وتحمل العمل والنشاط، كذلك عرفته أوروبا كدواء منذ عهد المسيح، إلا أن انتشاره كإدمان قد ظهر وانتشر فى بداية القرن التاسع عشر عندما استوردته لأوروبا شركة الهند الشرقية على نطاق واسع، ثم أصبح شائعاً فى معظم بلاد العالم. (سعد المغربى، ١٩٨٦، ١٢ - ١٣).

والأفيون هو المادة الصمغية المستخرجة من نبات الخشخاش (أبو النوم) وهو يحتوى على عدة عقاقير فعالة تستخرج من الأفيون مباشرة أو مع تعديل كيميائى مثل المورفين والهيروين وغيرهما. ولعل أهم الفصول فى تاريخ الأفيون هو التمكن من عزل العنصر الفعال فى الأفيون وهو المورفين، إضافة إلى إمكانية تخليق الهيروين معملياً. (مصطفى سويف، ١٩٩٦، ص٣٨).

وتتعدد طرق تعاطى الأفيون، إلا أن أكثر الطرق شيوعاً هو استعماله مع القهوة أو الشاى أو التبغ، أما التدخين فيتطلب مهارة معينة، كما يفضل البعض تعاطيه عن طريق الحقن فى العضل أو الوريد، أو قد يتم تعاطيه عن طريق الشرب أو البلع، وفى مناطق أخرى يتم تناوله عن طريق الطعام أو الشراب. (سلوى على سليم، ١٩٨٩، ٤٧ - ٤٨).

كما أن تعاطيه فى مصر يتم بطرق معروفة مثل استحلابه تحت اللسان، أو غليه فى ماء محلى بالسكر، أو خلطه ببعض المأكولات خاصة الحلوى. (سعد المغربى، ١٩٨٦، ١٩).

٣- نبات الكوكا Coca:

وتعد من المخدرات الطبيعية، وتزرع فى الهند وأندونيسيا وجاوه وسيلان والهند الغربية، كما تزرع فى جبال الإنديز بأمريكا الجنوبية، والكوكايين يعد أيضاً من أقوى المنشطات. (عز الدين الدنشارى، ١٩٨٨، ١٥-١٦).

وتاريخ الإنسان مع نبات الكوكا ضارب بجذوره منذ القدم، إذ عرفه

الإنسان منذ أكثر من أربعة آلاف عاماً، كما ارتبط انتشاره بالطقوس الدينية فى ذلك الوقت البعيد، إذ كانت أوراق الكوكا تدفن مع الميت وذلك تبعاً للاعتقاد السائد آنذاك بين الأجيال المتلاحقة فى بعض دول أمريكا الجنوبية والهند، كما كان رجال الدين فى ذلك الوقت يقومون بمضغ الكوكا حتى يشعروا بالسعادة والنشوة منتهزين الفرصة ومنطلقين فى الآن نفسه مبشرين أتباعهم ما يعتقدون فيه، ثم جاءت مرحلة زمنية عد فيه مضغ الكوكا عملاً مشيناً، مع الأخذ في الاعتبار أن الاستعمال الأسبانى كان يعطى للعاملين أوراق الكوكا بدلاً من الأجر إبان فترة الاستعمار الأسبانى. (عادل دمرداش، ١٩٨٢، ١٨٢ - ١٨٤؛ مصطفى سويف، ١٩٩٦، ٤٤-٤٦).

ومازال هذا النبات يستخدم إلى الآن فى أغراض متعددة مثل: صناعة بعض الأدوية، واستخراج مستحضرات غير مخدرة. ويدخل فى تركيب بعض الصناعات الأخرى مثل الروائح العطرية، والمشروبات الغازية. كما تتعدد طرق تعاطى الكوكا، إذ يتم مضغ أوراق الكوكا بعد مزجها بعصير الليمون، حيث أن ذلك يقلل من الإحساس بالبرد والجوع، ويتم مضغ الأوراق ببطء شديد جداً فى أول الأمر، كما يستخدم مسحوق هذه الأوراق - بعد تجفيفها - على صورة (سعوط) يقوم الفرد باستنشاقه. (سلوى على سليم، ١٩٨٩، ٥٢).

٤- القات Catha:

هو شجرة دائمة الخضرة، اتفق معظم الباحثين على أن موطنها الأصلى هو الحبشة فى القرن الأفريقى، وله أسماء مختلفة فهو القات فى اللغة العربية، أو الجات فى الحبشة والصومال، وميرا أو مارونجين فى كينى. (عبدالله عسكر، كمال أبو شهدة، ١٩٩٣، ٥٢٦).

وكان الرجال يطلقون على شجرة القات اسم (شاى العرب)، ويُعد من المخدرات المنشطة Stimulants ويُعرف عنه أنه قد زرع فى القرن الخامس

عشر، ولازالت زراعته قائمة حتى الوقت الحاضر، ويستهلكه ربع سكان القارة الأفريقية تقريباً إلا أن اليمن تعد من أكثر البلاد العربية استهلاكاً لهذا المخدر. (عادل دمرداش، ١٩٨٢ ، ٢٤٠)، حيث يباع على شكل حزم حيث تجمع عدة أغصان - ثلاثة أو أربعة أغصان - وتربط معاً وتسمى رابطة أو حزمة أو زربة، وتلف إما بأغصان من بعض النباتات كالموز أو بقطع من البلاستيك الخفيف يسمى (مشمع) ويتفاوت سعر الحزمة أو الرابطة وفقا لنوع القات حيث يتراوح سعر القات البلدى ما بين خمسمائة ريال وألف ريال للربطة، ويتم قطف الأغصان صباحاً ليتم تناولها وهى طرية فى فترة ما بعد الظهر فى مجالس خاصة لذلك، ويطلق على تعاطى القات فى اليمن كلمة (تخزين) حيث يتم الاحتفاظ بتلك الأوراق فى جانب من الفم على شكل كرة صغيرة. (نجاة محمد صائم، ١٩٩٨ ، ص٤٩).

والمادة المخدرة فى هذا النبات هى (القاتين) وهى العنصر الفعال فى أوراق نبات القات، إذ يشعر المتعاطى بالتيقظ وتحمل الجوع والإحساس بالعظمة ثم تصيبه حالة من الغيبوبة يظل فيها عاجزاً عن مزاولة أى عمل حتى يحين موعد تعاطيه للجرعة التالية وهكذا. (غريب سيد أحمد، ١٩٨٥ ، ص٣).

والقات كنبات مخدر حديث الاكتشاف، ولا يعرف بالضبط عدد مستهلكيه وإن كان يقدر بالملايين كما تشير نشرات منظمة الصحة العالمية عن القات، كما أن تعاطيه يقود الفرد إلى كم هائل من الصعوبات إذا حاول أن يتوقف، وكثيراً ما يستخدم فى الاحتفالات الدينية حتى يتمكن الفرد من أن يكون فى حالة معينة تمكنه من التواصل الروحى. (سلوى على سليم، ١٩٨٩، ٥٤).

ويثور جدل - مازال حتى الآن قائماً - ما إذا كان القات من المخدرات أو المنبهات مثله فى ذلك مثل اللبن والشاى. (نجاة على صائم، ١٩٩٨، ٥٠-٥٢).

والقات لا يدخل ضمن المخدرات المحظورة دولياً، ولا يراقب فى المطارات والموانىء إلا أنه محظور زراعته فى مصر بحكم القانون رقم ١٨٢ لسنة

١٩٦٠. (إبراهيم نافع، ١٩٨٩، ٢٣).

ويبدو أن أهل مصر لا يستخدمون القات بدليل أنه من خلال تتبع (بانوراما) مشكلة المخدرات فى مصر، والتقرير التمهيدى باقتراح استراتيجية قومية متكاملة لمكافحة المخدرات، ومعالجة مشكلة التعاطى والإدمان للجنة المستشارين العلميين لم تعثر على أى أثر لزراعته. (لجنة الاستشاريين العلميين، ١٩٩١، ٣٩ - ٩٢).

ثانياً: المخدرات الصناعية:

وهى أكثر خطورة على الأفراد وفتكاً من المخدرات الطبيعية، ومن أهم هذه المخدرات:

١- المورفين Morphine:

حيث تم اكتشاف هذا المخدر بعد سلسلة من التحليلات الكيميائية لمادة الأفيون، ويعد الكيميائى «فردريك سيرتيرنر» أول من حاول كشف ذلك العقار المخدر من خلال تجاربه المتعددة فى عام ١٧٩٩م حيث توصل إلى بلورته بعد معالجة الأفيون الخام بالتسخين والتبريد وإضافة بعض المواد الكيميائية كأحماض النشادر، وقد أطلق على هذا العقار اسم «مورفيوس» نسبة إلى إله الأحلام فى الأساطير الإغريقية.

والمورفين عبارة عن مسحوق أبيض ناعم غير بلورى، عديم الرائحة مر المذاق، ويأتى أيضاً على شكل سائل أبيض شفاف ويعبأ فى أواني زجاجية، وقد يكون على هيئة أقراص، ويعد من أقوى العقاقير الصناعية المسكنة للألم.

وهو بهذه الصفة يعد واحداً من أكثر المخدرات التي عرفتها البشرية قديماً، وهو يظل أكثر المسكنات المعروفة استخداماً بطريقة مشروعة عادة، وهو المخدر النموذجى الذى فى ضوئه تقارن جميع المخدرات الأخرى. (روى روبرتسون، ١٩٨٩، ص٤٨).



أما طرق تعاطى المورفين - غير الطبية - فمتعددة، قد تكون عن طريق التدخين، أو عن طريق بلعه، ويشرب معه القهوة أو الشاى، أو يؤخذ عن طريق الحقن تحت الجلد. (هانى عرموش، ١٩٩٣، ص٥٧).

٢- الهيروين Herion:

ويعد من المخدرات الأكثر خطورة، ولها تاريخ طويل من الاستخدام خاصة فى الولايات المتحدة الأمريكية.

والهيروين يعد بلا شك من أقوى المخدرات تأثيراً فى الشخص المدمن، وهو أحد مشتقات الأفيون وأقوى من المورفين خمس مرات، كما أن سيطرته على المتعاطى سريعة وحاسمة؛ فالإدمان الكامل يبدأ بعد أيام قليلة من التعاطى بعدها لا يمكن التراجع للوراء. (عادل صادق، ١٩٨٦، ص٦٠).

ذلك أن الوظيفة الحيوية للهيروين هى قدرته على إزالة القلق وتحرير القوى المضادة وهى الثقة والشعور بالنشاط والخفة، وفى الطب تستخدم هذه المخدرات لقتل الآلام الرهيبة. (بيتر لورى، ١٩٩٠، ص٢٧).

وقد تم اكتشاف الهيروين فى عام ١٨٧٤م على يد العالم الإنجليزى دكتور «رايت» الكيميائى بمستشفى سان مارى فى لندن، ويعد من العقاقير المخدرة سريعة الإدمان والذى أصبح كارثة تحيق بالمجتمعات الإنسانية وفى بلاد كثيرة فى العالم خاصة فى الآونة الأخيرة، ولا يستخدم الهيروين طبيا إلا فى علاج المدمنين فى بريطانيا وفى تخفيف الآلام لمرضى السرطان الميئوس من شفائهم. (عادل دمرداش، ١٩٨٢، ص١٦٦).

وقد تزايد الإقبال على إدمان الهيروين بصورة مفزعة، وقد نشر مكتب المخدرات فى الولايات المتحدة الأمريكية على سبيل المثال أن عدد المدمنين للهيروين مقارنة بالمواد المخدرة الأخرى يصل إلى ٩٨٪ من عدد المدمنين. (سلوى على سليم، ١٩٨٩، ص٦٠).

وتتعدد طرق تعاطى الهيروين بيد أنه يمكن تلخيصها فى طريقتين هما: التعاطى عن طريق الحقن تحت الجلد، والتعاطى عن طريق الاستنشاق. (هانى عرموش، ١٩٩٣، ص٦٢٢).

ولعل من أهم أضرار إدمان الهيروين هو الموت المفاجىء نتيجة للعديد من العوامل أهمها عدم جودة الهيروين، وجهل الفرد بالكمية التى يحتاج إليها الجسم. (Jerome, 1988, p.10).

٣- الكوكايين Cocaine:

ويعد من المواد المنشطة، وهو عبارة عن بودرة بيضاء بلورية تستخرج من أوراق أشجار الكوكا والتى تنمو فى بوليفيا وبيرو. (محمد شرف، ١٩٨٥، ص٣٤).

ولذا فإن الكوكايين يعد واحداً من أقدم العقاقير التى عرفت منذ القدم، وقد ذكرنا آنفاً كيف أن أوراق نبات الكوكا كانت تستخدم فى الطقوس الدينية، بل وتوزع على العمال بديلاً عن الأجر، وأن مضغ الأوراق كان عملاً لا بأس به فى البداية.

وقد استخدم الكوكايين فى بداية معالجته معملياً فى علاج أمراض والتهابات العيون لأول مرة عام ١٨٦٠م بواسطة الدكتور «كارل كولر» النمساوى عام ١٨٨٤، إلا أن الآثار الضارة للكوكايين قد أدت إلى استبدال مادة البيروكايين به، وهى مادة أقل ضرراً وذلك عام ١٩٠٦. (عادل دمرداش، ١٩٨٢، ص١٩٨٤).

وتتعدد طرق تعاطى الكوكايين، وهو مثله مثل الهيروين إما أن يتم تعاطيه بالحقن أو بالاستنشاق.

ثالثاً: العقاقير أو المخدرات التخليقية:

وقد صنفتها هيئة منظمة الصحة العالمية عام ١٩٧٣ إلى ثلاثة أنواع هى:

أ- عقاقير تؤدى إلى التنبيه الشديد للجهاز العصبى، وهى تسمى

بالعقاقير المنبهة.

ب- عقاقير تؤدى إلى الهدوء والسكينة والدعة.

ج- عقاقير تقود إلى الهلوسة.

ولعل من أشهر العقاقير المنبهة أو المنشطة عقار الامفيتامينات Amphetamins وهى عقاقير مخدرة تتصف بتنشيط الجهاز العصبى مما دعا البعض إلى تسميتها بالمقويات النفسية Psycho tonigues وتتميز بقدرتها على تنشيط الفرد وعدم الإحساس بالإرهاق أو النوم، فضلاً عن الشعور بالنشوة والسعادة، إلا أن الإقلاع يقود إلى الكآبة الشديدة والإرهاق والأحلام المزعجة التى تضج مضاجع نوم الفرد.

وتعدد طرق تعاطى الامفيتامينات، وقد تؤخذ عن طريق الفم أو تذاب فى الماء أو يتم حقنها فى الوريد فى حالة الرغبة فى الوصول بالإحساس إلى النشوة المطلوبة.

ومن أشهر العقاقير المنشطة أيضاً عقار ديكسامفيتامين أو ما يعرف بالماكستون فورت والايثالين وحبوب الكابتجون. (محمد فتحى عيد، ١٤١٠هـ، ٢١٢).

أما العقاقير المهدئة فقد تنقسم إلى مهدئات عظمى، وتستخدم فى علاج الأمراض العقلية كالفصام، واضطرابات أخرى، وهى لا تسبب الإدمان مثل الرجاكتيل، ومضادات الاكتئاب مثل التربتينرول والتوفرانيل، إضافة إلى نوع ثالث يطلق عليه اسم مهدئات صغرى، وهى تسبب الهدوء وتزيل التوتر مثل مركبات النينروديازاين كالفاليوم والليبريوم، وهى عقاقير تسبب الإدمان خاصة إذا تم تعاطيه مع الخمر.

أما عن المنومات فهى أدوية تسبب النعاس والنوم، وقابليتها لإحداث الإدمان عالية. (عادل دمرداش، ١٩٨٢، ص ١٤٢ - ١٤٤).

أما أشهر أنواع العقاقير المهلوسة فهو عقار الـ L.S.D وقد شاع سوء



استعمال هذا العقار في الستينيات (من القرن الماضي) بين جماعات الهيبز وبعض الفنانين والكتاب والأدباء في أوروبا، ويستعمل إما بالحقن في الوريد، أو يتناوله كشراب سائل، ولعل ما أشيع عن هذا العقار ومساعدته في الإبداع أو العلاج النفسي لهو أمر مشكوك في صحته، كما أن تعاطي جرعات كبيرة من هذا العقار كفيلة بفقدان الصلة مع العالم الخارجي، فضلاً عن إدخال الفرد في حالة من فقدان التوازن، كما أن هذا العقار له استخدامات واسعة جداً في أوروبا وخاصة الولايات المتحدة الأمريكية مع الماريجوانا.

وهناك أنواع أخرى من العقاقير المنشطة مثل عقار الميسكالين، والسيرنيل وغيرها من المواد المهلوسة.

الخمر أو الكحوليات: وقد استخدمها الإنسان منذ آلاف السنين كدواء مسكن للألم، وأن عملية تخمير المواد السكرية كانت معروفة حيث كان يستعمل العنب والشعير في ذلك، ومع التطور تم إدخال عمليات التقطير التي ينتج عنها الكحول.

وكانت الخمر تستخدم أيضاً في ممارسة الطقوس الوثنية القديمة، كما جاء ذكرها في عدة حضارات مثل الحضارة البابلية حيث ذكرت في ملحمة جلجامش سنة ١٧٥٠ق.م، كما ورد ذكرها في الحضارة المصرية القديمة، وكذا في الحضارة الإغريقية والتي جعلت للخمر آلها وأسموه «ديونيسوس»، ثم أطلق عليه الرومان اسم «باكوس». وكانت الخمر منتشرة في شبه الجزيرة العربية قبل الإسلام (أيام الجاهلية) إلى أن جاء الإسلام وحرمها. (عادل دمرداش، ١٩٨٢، ص٨).

وهناك أيضاً دراسات عديدة عن دور الكحوليات في حياة المجتمعات القديمة الأخرى كالمجتمعات العبرية واليونانية القديمة، كما أن هناك دراسات وفيرة تتناول الأدوار والمعاني المختلفة التي تنسب إلى الكحوليات في حياة كثير من المجتمعات التي لا تشغل مواقع مختلفة على تدرج متصل

يمتد من البدائية إلى الحداثة. (مصطفى سويف، ١٩٩٦، ص٣٥).

ولذا فإن استخدام الكحوليات يعد من أخطر المشاكل التى تواجه الأفراد والحكومات خاصة فى أوروبا بصفة عامة والولايات المتحدة بصفة خاصة. وأن الخطورة تتمثل فى اعتقاد الكثير من الأمريكان أن تناول الكحوليات يعد أمراً طبيعياً إن لم يكن أساسياً كجزء من الحياة الاجتماعية. ولذا فإن مشكلة تعاطى الكحوليات ليست فى الكمية بل فى الكثير من المعتقدات التى ربطت بين (أوهام محددة يجنيها الشخص من تعاطى الكحوليات وبين التعاطى ذاته).

ورغم أن الخمر قد تكون منتشرة ومتاحة إلا أن الموقف منها يختلف من إنسان إلى آخر، فقد يقبل عليها البعض باعتدال، أو يعرض عنها البعض الأخر، أو يدمنها البعض الثالث وذلك لإشباعها لاحتياجات معينة موجودة لدى هذا الشخص. (عادل صادق، ١٩٨٦، ص٨٣ – ٨٤).

المواد المتطايرة أو المستنشقات: وهى مجموعة أوردتها منظمة الصحة العالمية مع المواد التى تسبب الإدمان منذ عام ١٩٧٣، وذلك لاحتوائها على الفحوم المائية المتطايرة، وإن هذه المواد المتطايرة توجد فى: البنزين، مجفف الطلاء، مزيل الطلاء للأظافر، والصمغ، ومزيلات البقع وسوائل التنظيف ومواد أخرى كثيرة.

والمواد الطيارة – أيضاً – من المواد المخدرة، والإنسان له تاريخ قديم معها، حيث كان الإنسان القديم يلجأ إلى استخدام بعض المواد ذات الروائح والأبخرة النفاذة كوسيلة إلى تغيير الحالة النفسية أو العقلية فى إطار طقوس تقام لأغراض سحرية أو دينية.

إلا أن البدايات التى عرفها المجتمع الإنسانى الحديث للمواد الطيارة قد بدأت مع ظهور ما يعرف باسم الغاز المضحك والذى عرف فى السويد منذ وقت مبكر، ناهيك عن إقامة العديد من المشكلات لهذا الفرض. (مصطفى سويف، ١٩٩٦، ص٦٠ – ٦١).



كذلك أثار تقرير منظمة الصحة العالمية - والذى خصص لمناقشة ظاهرة استنشاق المذيبات - إلى القول بأن هذه الظاهرة متفشية فى شتى أنحاء العالم، وأن خطورة ذلك تعود إلى وفرة هذه المواد وقدرة الحدث (الصغير) على إخفاءها واستعمالها بكثرة نتيجة لزهد أسعارها، كما أنها تقود إلى بوابة عالم المخدرات الأخرى، إضافة إلى ما تحدثه فى الفرد من مضار مهلكة.

وقد أجريت العديد من الدراسات الميدانية التى أوضحت خطورة إدمان مثل هذه المواد خاصة وأن الذين يقبلون على تعاطيها أطفال فى عمر الزهور. (انظر على سبيل المثال دراستي: ناصر ثابت، ١٩٨٤، محمد حسن غانم، ٢٠٠٥).

النيكوتين أو الطباق

يعد التدخين بصفة عامة - سواء أكان تدخيناً للسجائر بمختلف أشكالها وأنواعها، أو تدخين الطباق (المعسل) - من المواد التى تحدث إدماناً، ولذا فقد أدرجت منظمة الصحة العالمية التبغ ضمن المواد النفسية التى ينطبق عليها شروط الإدمان.

ويحتوى الطباق على حوالى ٥٠٠ مركب تختلف نسبتها حسب نوع الدخان المستخدم، وأهم المواد الفعالة التى يحتوى عليها التبغ هي:

١- **النيكوتين** Nicotine: وهو مادة شبه قلوية سامة جداً، وليس للنيكوتين النقى رائحة، ولكنه يتحلل إذا تعرض للهواء ليصبح لونه بنياً داكناً وتصبح له رائحة التبغ، ويمتص النيكوتين الموجود فى الدخان من الأغشية المخاطية التى تبطن الفم والرئتين.

٢- **القطران** Irritants: وهو عبارة عن مكثف يتكون من فحوم مائية متعددة الحلقات ومركبات نيتروزية ثبت أنها تسبب سرطان الرئة، ويترسب القطران فى جدران الحويصلات الهوائية للرئة فيعطل عملية الغازات فى الرئتين.

٣- **أول أكسيد الكربون** Carboun Monoxide: وهو غاز



سام ينتج عن احتراق الفحم غير الكامل.

٤- **غازات أخرى:** يحتوى الدخان على غازات عديدة أخرى ضارة بالجسم وتحدث العديد من الأضرار، كما أنه لا نستطيع حصر مثل هذه الأضرار فى جزء معين فى الجسم، بل قد تشمل أجزاء كثيرة من الجسم، ولعل التحذير المكتوب على كل علبة سجائر بأن التدخين ضار جداً بالصحة ويسبب السرطان والوفاة خير نموذج على ذلك، لأن هذا التحذير لم يكتب هكذا وإنما جاء ثمرة لعديد من الدراسات والبحوث والتجارب ومئات الآلاف من الحالات التى تلقى حتفها يومياً من جراء الاستمرار فى التدخين. (انظر فى هذا الصدد عادل دمرداش، ١٩٨٢، ص٢٥٢ - ٢٥٥؛ محمد حسن غانم، ٢٠٠٧).

وقد أشارت العديد من الدراسات الوبائية والتى أجريت تحت مظلة المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية فى مصر إلى انتشار التدخين بين قطاعات متعددة من المجتمع المصرى سواء بين طلاب المدارس الثانوى أو الجامعى أو حتى العمال رغم الدعاية بأضرار التدخين. (مصطفى سويف، ١٩٩٦).

وسوف نتعرض لاحقاً للتدخين نظراً لأنه:

أ- أكثر انتشاراً.

ب- يقود إلى إمكانية إدمان وتجريب المواد الأخرى المخدرة.

ج- أثبتت العديد من الدراسات الوبائية أن المدخنين - مقارنة بغير المدخنين - يتميزون بالعديد من السلوكيات المضطربة سواء فى الأسرة أو فى المدرسة أو الجامعة أو حتى السلوكيات العامة. (مصطفى سويف وآخرون، ١٩٩١).

وبعد أن تعرفنا على أنواع المواد المخدرة التى تحدث الإدمان ننتقل حالاً إلى الحديث سريعاً عن أضرار المواد المخدرة.

الفصل الثالث

أضرار المخدرات

محتويات الفصل:

أولاً: الأضرار الجسمية التى تحدثها المواد المخدرة

١- الحشيش.

٢- الأفيون.

٣- الهيروين.

٤- المواد المتطايرة والمستنشقات.

٥- الكحوليات.

٦- أضرار تعاطى القات.

٧- التدخين.

ثانياً: الأضرار النفسية والعقلية.

ثالثاً: الإدمان والمشاكل الاقتصادية.

رابعاً: الإدمان وأضراره الاجتماعية والأخلاقية.

«لماذا يتجاهل – المدخن للسجائر كمثال – الأضرار التى يحدثها التدخين، ويستمر فى التدخين غير عابئٍ بشىء؟! وحين نقدم فى هذا الفصل عرضاً لبعضٍ أضرار الإدمان فإننا نحاول أن نقدم مزيداً من الاستبصار بالأضرار حتى تتحول من مجرد سطور تقرأ إلى أفكار داخلية محرضة على عدم التعاطى أو التدخين مستقبلاً».

المؤلف

لعل من أهم طرق الوقاية أن يعى الشخص أضرار ما يقدم عليه من فعل؛ لأن هذا الاستبصار بالعواقب قد يجعل الشخص يتردد أكثر من مرة فى الإقدام على هذا الفعل.

ولذا سوف نتناول فى هذا الفصل – وفى عجالة – العديد من الأضرار التى تترتب على الإدمان مدفوعين إلى ذلك من خلال:

أ- أن مشكلة المخدرات حتى نهاية القرن التاسع عشر لم يكن ينظر إليها على أساس أنها مشكلة دولية تتطلب اتفاقيات متعددة الأطراف وعملاً جماعياً على نطاق واسع... وما كان لهذا التدبير أو التدابير أن تُتخذ لولا تفاقم المشكلة وسرعة تزايدها. (محمد فتحى عيد، ١٩٨٨، ص٧٨ – ٧٩).

ب- أنه يشيع بين فئات المدمنين فكرة خاطئة خلاصتها أن هناك بعض المواد المخدرة ضررها أقل من أضرار مواد أخرى، بل ويحاولون



إثبات ذلك لك من خلال قولهم أن إدمان الكحوليات أقل ضرراً من إدمان المواد المتطايرة.... وهكذا.

ج- أن كاتب هذه السطور لاحظ أن الكثير من المدخنين (سواء سجائر أو شيشة) لديهم اعتقاد بأن التدخين ليس من الإدمان وأنهم من السهولة بمكان التوقف وقتما شاءوا، فإذا سألت: وهل توقفتم؟ فتجدهم (يتوقفون ليتذكروا فيفشلوا) ناهيك عن أن التدخين - كمثال - يقود إلى إدمان وتجريب المواد الإدمانية الأخرى، كما أثبتت هذه الحقيقة وغيرها العديد من نتائج الدراسات الوبائية والتى تناولت شرائح متعددة ومتباينة من المجتمع المصرى أجراها باحثون تحت مظلة المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية فى مصر.

أولاً: الأضرار الجسمية التى تحدثها المواد المخدرة

سوف نتناول الأضرار الجسمية بشىء من التفصيل والتى تحدثها كل مادة مخدرة.

١- الحشيش:

يمكن رصد آثار الحشيش على أجهزة الجسم المختلفة فى:

- الجهاز العصبى: متبلد الإحساس، مندفع إلى العنف، الشلل.
- العين: التهابات العين المختلفة وخاصة الملتحمة والاحتقان الشديد والذى يميز المتعاطى عن غيره.
- الجلد: اصفرار دائم مع تغطيته بالشعر وفقدان نضارته.
- الشعر: جفافه وفقدان لمعانه.
- الأسنان: تدهور وتلف وتسوس.
- التهاب البلعوم: مما يؤدى إلى صعوبة الكلام، وتغيير ملحوظ فى الصوت.
- الجهاز التنفسى: التهابات رئوية مزمنة وحادة لزيادة الإفرازات من

الأغشية المخاطية بالشعب الهوائية.

- سرطان الرئة.
- إمكانية نقل العدوى خاصة فى تنقل الجوزة من فم لآخر أثناء جلسة التعاطى.
- الجهاز الهضمى: فقدان الشهية رغم زيادتها عند التعاطى وخصوصا الإقبال على الحلويات ما قد يقود إلى سوء الهضم والشعور بالتخمة، حالات إمساك وإسهال للإفرازات المزمنة، تليف الكبد مما يؤدى إلى خموله.
- الجهاز الدموى: ارتفاع ضغط الدم تدريجياً، تليف بعضلة القلب.
- الصحة العامة بصفة عامة: هزال شديد، ضعف عام.

الحشيش و القدرة الجنسية

تسود مجموعة من الأفكار غير العقلانية المرتبطة بتعاطى الحشيش وهى: أن تعاطى الحشيش يقود إلى زيادة القدرة الجنسية، بل وزيادة الفترة أو المدة المستغرقة فى الممارسة، وهذا عكس الواقع تماماً لماذا؟

لأن إدمان الحشيش يحدث اختلالاً فى إدراك الزمن ويحدث ذلك بالاتجاه نحو البطء لأنه مع مرور الوقت يؤدى إدمان الحشيش إلى حدوث ضمور فى هرمون الذكورة وضمور الخصية لذا فإن مدمنو الحشيش يصابون بالعجز الجنسى والعقم، بل أن تمادى الفرد فى تعاطى الحشيش يقود إلى فقدان مناعة الجسم وعجزه عن مقاومة الأمراض.

أما لدى الإناث فتحدث نفس الأعراض السابقة إضافة إلى حدوث اختلال فى الدورة الشهرية. (سلوى على سليم، ١٩٨٩، ص٤٢ – ٤٤)، (Mendelson, et al. 1991, pp. 184-185).

٢- الأفيون:

يحدث الأفيون العديد من الأضرار الجسمية حيث يثير الرغبة فى الغثيان، واصفرار الوجه، والعرق، وأكلان فى الجسم، واحتقان

واحمرار بالملحمة وضيق الحدقة ودرجة بسيطة من ارتخاء الجفون مع نقص فى حركتها، كذلك يؤدى التعاطى المتكرر للأفيون إلى تقليل النشاط الفسيولوجي ونشاط الكائن الحى بصفة عامة، حيث يشمل الانهباط أو الخمول كافة نواحى المخ والمجموعة العصبية حتى الحبل الشوكى، إضافة إلى تأثير تعاطى الأفيون على وظائف الكبد حيث يؤدى إلى انحلال فى خلايا الكبد وزيادة السكر فى الكبد وظهور خراجات فى الكبد، بل ويؤثر على حركة المعدة وحدثو العديد من صور الاضطرابات فى الجهاز العصبى. (سعد المغربى، ١٩٨٤، ص ٣٠-٣٧).

٣- الهيروين:

يصيب الفرد المدمن بالعديد من الأضرار الجسمية مثل: الخمول، وعدم القدرة على التركيز، وتدنى النشاط البدنى، وضيق بؤبؤ العين، والشعور بالدفء، وثقل الأطراف، والإمساك الشديد، وقلة إفرازات المعدة والأمعاء والبنكرياس، إضافة إلى احمرار العين، وسيلان الأنف والزكام. لكن أخطر الأضرار - إضافة إلى كل ما سبق - هو الإصابة بفيروس الإيدز أو نقص المناعة المكتسبة، حيث أن مرض الإيدز لا ينتج عن اتباع الطرق الشاذة فى الممارسة الجنسية فحسب بل نتيجة لتعدد الحقن، فضلاً عن حدوث التهابات فى الكبد وتأثر كافة أجهزة الجسم الأخرى. (روى روبرتسون، ١٩٨٩، ص١٢٢ - ١٢٦)، (عادل دمرداش، ١٩٨٢، ص ١٨٥ - ١٨٦)، (محمد حسن غانم، ٢٠٠٥؛ Ohome, 1992, pp.3 - 4).

٤- المواد المتطايرة أو المستنشقات:

أن تعاطى المواد المتطايرة يقود إلى الأضرار الآتية:

الأضرار الجسمية: حيث يشعر متعاطى المواد المتطايرة بعدم الاكتراث، كثرة السرحان وعدم التنبيه، احتقار الذات، اضطراب

الجهاز العصبى، تسمم الكليتين، تسمم عضلة القلب، تسمم الجهاز التنفسى، تسمم الدم، تليف الكبد، الوفاة المفاجئة وغيرها من الأضرار الجسدية. (عادل دمرداش، ١٩٨٢؛ مصطفى سويف، ١٩٩٦، ص ١٥٢ - ١٥٤، محمد حسن غانم، ٢٠٠٧).

٥- الكحوليات:

يرتبط تناول الكحوليات بظهور العديد من الأمراض مثل:

أ- زملة أعراض كورساكوف: وهو من أشهر الأمراض العصبية التى تقترن بالاعتماد على الكحول وتظهر فى:

- اختلال الذاكرة وخاصة ذاكرة الوقائع الحديثة.
- اختلال الإحساس بالزمن.
- تبلد الشعور.
- فقدان المبادرة والإهمال الشديد للهندام.

ب- العتة الكحولى: والذى يقود إلى تدهور عقلى تام فى الذكاء بمختلف صوره وأشكاله.

ج- التهاب فى عضلة القلب.

د- حدوث سرطان فى البلعوم والحنجرة، وسرطان الفم والرئة (علماً بأن هذه الأنواع شائعة لدى المدخنين).

هـ- تشحم الكبد وتليفه.

و- الإصابة بالنوبات الصرعية.

ز- حدوث التهاب الأعصاب المحيطية والناتجة عن نقص فيتامين B المركب والذى يعانى منه مدمنى الكحوليات. (مصطفى سويف، ١٩٩٦؛ عادل دمرداش، ١٩٨٢).

٦- أضرار تعاطى القات:

يحدث القات الأضرار الجسمية الآتية:



- إنهاك عضلة القلب.
- التهابات اللثة.
- فقدان الشهية للطعام وسوء التغذية.
- اضطرابات الأمعاء.
- تسوس الأسنان.
- الإمساك.
- نقص طاقة الجسم لاستهلاك الدهون.
- نقص إدرار اللبن للأمهات المرضعات.
- سهولة انتشار العدوى نظراً للبقاء فى غرفة مقفلة النوافذ ورديئة التهوية لفترة طويلة.

(عبدالله عسكر، كمال أبو شهدة، ١٩٩٣؛ نجاة محمد صائم، 1998؛ Boasher, 1981, p.239).

كما أن المخدرات التخليقية مثل عقاقير الهلوسة (خاصة عقار الـ L.S.D)، والعقاقير المنشطة (خاصة الامفيتامينات)، والعقاقير المهدئة والمنومة أيضاً لها أضرارها الجسمية العديدة، صحيح أن بعض هذه العقاقير يستخدم فى بعض الوصفات الطبية إلا أن استخدامها يجب أن يتم تحت إشراف طبى، وتستخدم لضرورة طبية، وبدون ذلك فإنها تحدث سلسلة من الأضرار الجسميةلا حصر لها. (سلوى على سليم، ١٩٨٩، ص ٧٤ - ٨-؛ بيتر لورى، ١٩٩٠، ص٩٧ - ١١٠).

٧- التدخين:

أما التدخين (أو الطباق) فيمكن حصر الأضرار فى:

أ- أمراض القلب: وخاصة أمراض الشرايين والجلطة والذبحة الصدرية، وجلطة المخ، وارتفاع ضغط الدم، وأمراض شرايين الساقين.

ب- أمراض الجهاز التنفسى: خاصة السعال المزمن، وإفراز المخاط والهتابات الصدر، ويهبط وظيفة الرئتين ويؤدى إلى ارتفاع نسبة الإصابة بالتهاب الشعب المزمن، ويؤدى تمدد الرئتين إلى فشل القلب فى عمله على المدى الطويل.

ج- السرطان: يرتبط التدخين بالعديد من أنواع السرطانات أشهرها الرئة، والفم والحنجرة والبلعوم والرئتين....الخ.

د- مضاعفات أخرى: مثل حدوث قرحة المعدة والاثنى عشر بين المدخنين، كما أن التدخين يضعف المناعة وبالتالى يصبح الجسم عرضه للإصابة بأى مرض، فضلاً عن رائحة المدخن والتى تنفر منه الآخرون. (عادل دمرداش، ١٩٨٢، ص ٢٥٥ - ٢٥٩).

ثانياً: الأضرار النفسية والعقلية:

أن الأضرار التى تحدثها المخدرات فى الفرد المدمن كثيرة، ولعل إدمان الحشيش يقود إلى حدوث نشوة وانبساط وميل إلى الضحك لأتفه الأسباب - ولا شك أن ذلك يفقد المرء هيبته واحترامه - إضافة إلى حدوث حالة تشبه الحلم حيث تكون الأفكار غير مترابطة وغزيرة، إضافة إلى الانفصال عن الواقع، وحدوث اختلال فى تقدير الزمن والمسافات مما قد يؤدى الشخص إلى أن يكون (مستهدف) للوقوع فى العديد من الحوادث.

إضافة إلى ظهور كافة أعراض الاضطرابات النفسية من قبيل القلق والاكتئاب والذهان (الجنون فى المصطلح الشعبى). (سعد المغربى، ١٩٨٦، ص٤١٩ - ٤٢٠).

وقد أجمل مصطفى سويف الآثار السلوكية لتعاطى القنب على المدى الطويل فى أربعة خصائص هى:

أ- وجود علاقة قوية بين التعاطى وترسب الاضطراب العقلى المعروف

بأسم الفصام عند نسبة معينة من المتعاطين.

ب- مع استمرار التعاطى يزداد الاحتمال بالتصعيد فى تناول مخدر أقوى.

ج- أن التعاطى طويل الأمد يقترن باختلال دائم فى عدد من الوظائف النفسية والعقلية العليا.

د- أن التعاطى طويل الأمد يقود إلى العديد من الاضطرابات التي تتفاوت فى حدتها ودرجة خطورتها من شخص إلى آخر وفقا للعديد من العوامل.

(مصطفى سويف، ١٩٩٦، ص١٢٢ - ١٢٣).

أما إدمان الهيروين فيقود إلى اختفاء طموحات الفرد، والدخول فى حالة من الانطواء والعزلة عن الآخرين، وإن كل ما يشغله هو الدوران فى حلقة مفرغة: كيف يحصل على المال الذى يشترى به الهيروين؟ فإذا أخذ يتعاطى يشعر بالقلق مرة أخرى (خذ من التل يختل) فإذا انتهت الكمية عاوده الشعور بالقلق مرة أخرى وهكذا. (محمد حسن غانم، ٢٠٠٥-أ).

أما إدمان المواد المتطايرة فيقود - بصفة عامة - إلى البلادة الانفعالية، وعدم المشاركة فى أى أنشطة اجتماعية، أو الدخول فى أنشطة إجرامية، ولذا فإن غالبية هذه الحالات المدمنة يكون مصيرها إما السجن أو الوفاة أو الجنون. (Sharp & Foranazzaire, 1991, p.403).

كما أن الباحث قد أجرى دراسة على عينة من مدمنى المواد المتطايرة فوجد العديد من علامات الاضطرابات العقلية والتدهور العقلى (من خلال استخدام مقياس بندر جشطلت). (محمد حسن غانم، ٢٠٠٧).

وهكذا تتعدد الأضرار النفسية والعقلية لمختلف أنواع المخدرات، ولعل الشعور بالقلق، والوحدة، والانفصال من الواقع، والشعور بالاضطهاد مع وجود هلاوس مختلفة يعد من أشهر الأعراض النفسية والعقلية التى تصيب مدمن المخدرات بكافة أنواعها. (عطوف محمود ياسين، ١٩٨٨، ٢٦٩ - ٢٧٠).

ثالثاً: الإدمان والمشاكل الاقتصادية التى يحدثها:

هى كثيرة جداً، لأنه تخريب لاقتصاد كل من الفرد والدولة مما ينعكس آثاره التدميرية التخريبية لكليهما، حيث تستقطع المخدرات جزءاً كبيراً من دخل المتعاطين - إن لم يكن كل دخلهم وأكثر! - مما يؤثر ذلك على اقتصاديات ومعيشة أسرهم. ناهيك عن الأضرار المختلفة التى يحدثها الإدمان مما يتطلب ذلك من الدول بناء مستشفيات لعلاج مثل هذه الأضرار الصحية والنفسية، فضلاً عما تنفقه الدول وترصده من ميزانيتها للقيام بخطط المكافحة والوقاية من الإدمان. وهذا يؤثر بلا شك على ميزانية الدول مما ينعكس أخيراً على خطط التنمية. كما أن الإدمان - وخاصة إدمان الكحول - يلعب دوراً رئيسياً فى حوادث السير والطرق، إذ تتأثر مهارات القائد فى قيادة السيارة بعد تعاطيه لذا نجد أن معظم وفيات حوادث الطرق ناتجة عن تعاطى الكحول. وفى أمريكا وكندا - على سبيل المثال - وجد أن تعاطى الكحول مسئول عن ٥٠٪ من وفيات حوادث الطرق.

كذلك تظهر الآثار التدميرية لاقتصاد الدول نتيجة أن المدمنين - بصفة عامة - يفتقدون إلى الهمة والنشاط والحركة، ويكثر تغيبهم عن العمل. وحتى لو انتظموا فسوف يكونوا من أكثر الأفراد استهدافاً للحوادث وإصابات العمل. (مصطفى سويف، ١٩٩٦).

كما أن مكافحة المخدرات يستلزم هو الآخر توفير موارد مالية من قبل الدولة لمواصلة الوقاية والمكافحة، ورغم ذلك نجد «أن الاحصائيات الرسمية تقول إن ما يضبط من المخدرات لا يزيد عن عشرة فى المائة مما يتم تهريبه إلى مصر - كمثال - وبحساب ما ضبط وما تسرب يمكن القول إن ما يزيد على مليارين من الدولارات تتسرب سنوياً من مصر إلى الخارج ثمناً لهذه المخدرات». (سلوى سليم، ١٩٨٨، ١٠).

ويؤيد ما سبق اللواء محمد فتحى عيد حيث قام بحساب نفقات جلب

المخدرات وما دفعه المدمنون فى استهلاكها خلال عام ١٩٨٧ – على سبيل المثال – فوجد أن «جملة ما يدفعه المدمنون ثمناً للمخدرات مليارين ومائتان وخمس وتسعون مليوناً وخمسمائة وثمانين وأربعون ألف وثلاثمائة جنيه مصرى. (محمد فتحى عيد، ١٤١٠هـ، ٥٨ – ٦١).

كذلك ذكرت ورقة عمل أعدها الجهاز المركزى للتعبئة والإحصاء عن «الرؤية الإحصائية والاقتصادية لمشكلة المخدرات فى مصر» أن الاقتصاد القومى المصرى يخسر كل عام بسبب تجارة المخدرات قرابة مليار جنيه، فى حين لو أضيفت ٥ مليارات دولار منها إلى خزينة الدولة لارتفع سعر الجنيه المصرى. (عزة عبدالغنى، ١٩٩١، ٣١).

وبتحليل أهم المتغيرات للاقتصاد المصرى التى تم تقديرها ودراستها خلال الفترة من ٧٧–١٩٨٥م اتضح ضعف إنتاجية الاقتصاد المصرى وانخفاض إنتاجية العامل والارتفاع المستمر للأسعار مما يؤدى إلى انخفاض مستوى المعيشة والرفاهية للمواطن وزيادة حجم مديونية مصر ومن ثم فإن هذه الاختلالات فى هيكل الاقتصاد المصرى تؤدى إلى العديد من المشكلات على كافة الأصعدة لكافة المواطنين، حيث يقدر ما ينفقه المصريون – على سبيل المثال – سنوياً على شراء المخدرات ما يقارب الـ ٣٠٠٠ مليون جنيه من العملات الصعبة. (نادر وهدان، ١٩٨٦، ١٦١–١٦٢).

وخلاصة الموضوع أن الإدمان دمار اقتصادى للفرد والدولة.

وفى ندوة «البعد الاقتصادى لظاهرة المخدرات» والتى عقدت فى كلية الاقتصاد والعلوم السياسية أعلن اللواء عصام الترساوى مدير الإدارة العامة لمكافحة المخدرات حينذاك أن حجم الاستثمارات العالمية من تجارة المخدرات حوالى ٥٠٠ مليار دولار سنوياً حيث تعتبر هذه التجارة الثانية بعد تجارة السلاح مباشرة وقبل تجارة البترول، وأن حجم المخدرات المتداول فى مصر سنوياً يصل إلى ٣ مليارات جنيه، وتشمل الحشيش والأفيون

والهيروين والماكستون فورت، وأن مناطق الاستهلاك تضم القاهرة الكبرى وتمثل ٦٢,٣٪ من حجم الاستهلاك المحلى للمخدرات. وذكرت الدكتورة منى الطحاوى - أستاذ الاقتصاد المساعد بالكلية - إلى أن تجارة المخدرات ساعدت على سحب عشرات الملايين من النقد الأجنبى، وبالتالى يعتبر تهديداً مباشراً لاحتياطى مصر من النقد الأجنبى. (حازم الشرقاوى - جريدة اليوم ،السعودية، العدد: ٨٦٤٢، ١٨/٥/١٩٩٤، ص٢٣).

رابعاً: الإدمان وأضراره الاجتماعية والأخلاقية:

الأضرار كثيرة، ففى دراسة لكاتب هذه السطور عن «ديناميات صورة السلطة لدى المسجونين - دراسة نفسية مقارنة» حيث تناولت الدراسة خمس فئات إجرامية هى: النشل، السرقة، القتل، البغاء، القوادة، وقد تعمدنا فى المقابلة أن نسأل سؤالاً مفتوحاً عن العوامل والظروف التى دفعت إلى الجريمة فى المرحلة الأولى وكان القصد من وراء هذا السؤال هو التعرف على هذه العوامل وتلك الظروف من وجهة نظر المسجون والتى كان لها الدور الحاسم فى ولوجه إلى طريق الجريمة والانحراف... وعموما فإن هذه الأسباب التى دفعت بهم (ذكور - إناث) قد أثارت العديد من القضايا لعل من أهمها مشكلة الإدمان والذى يجعل الفرد المدمن يدور فى دائرة مغلقة، فقد يسرق أو يقتل من أجل الإدمان ثم يدخل السجن ويخرج (لأنه عوقب ولم يعالج) ليعاود مرة أخرى السرقة والقتل من أجل الإدمان، ولقد نشرت جريدة الأهرام ثلاث تحقيقات بعنوان "القتل من أجل السرقة، والسرقة من أجل الشم" بتاريخ ٢/١٨، ٢/٢٥، ٣/٤/١٩٨٩، (محمد حسن غانم، ١٩٩٠، ٢٠٩، ٢١٠).

وتعانى أسرة المدمن من الشقاق والخلافات، وذلك ناتج لسوء العلاقة بين الأب المدمن وبقية أفراد الأسرة، بالإضافة إلى أن هذا الأب سيكون نموذجا سيئا للأبناء. وكثيراً ما يتشرد أفراد الأسرة وتضطر الأم أو بقية الأبناء للعمل بخاصة عند إيداع الأب فى السجن، إلى امتهان أعمال غير مشروعة



كالبغاء والسرقة والتسول.

وارتكاب المدمن للجريمة أمر مؤكد يتضح فى أن تعاطى المخدرات أو حيازتها جريمة يعاقب عليها القانون، كما أن إيداعه فى السجن قد يعرضه للتأثر ببقية مرتكبى الجرائم، إضافة إلى أن الشوق إلى المخدر يمثل عبئاً (هماً) لدى المدمن لا فكاك منه، وهذا يتطلب أموالاً باهظة مما يضطره إلى السرقة والقيام بأعمال منافية للأخلاق سواء يصدر فى ذلك عن نفسه أو عن طريق تجنيد إحدى المتعاطيات له.

كما أن الدراسة التى أجراها بال وآخرين (١٩٨٨) Ball, et al على عينة من مدمنى الهيروين قد تم إلقاء القبض عليهم، وقد تمت معاقبة عينة عشوائية منهم، وتوصلوا إلى أن عديد من الحقائق لعل من أهمها: وجود علاقة بين إدمان الهيروين وارتفاع الجريمة (لتوفير ثمن المخدر)، وأنه فى فترات الانقطاع عن المخدر تقل الجرائم، والعكس بالعكس فى حالات العودة إلى الإدمان أو الانتكاس. (مصطفى سويف، ١٩٩٦، ص١٦٣).

كما أن الإدمان - وخاصة إدمان الهيروين - يؤدى إلى انطواء الفرد ويجعل من الإدمان لهذه اللذة الكاذبة والتى من أجلها يفعل أى شىء مما يأباه الواقع والدين، ولعل مدمن المخدرات يبيع زوجته أو ابنته أو أخته من أجل الحصول على شمة أو حقنة، بل أنه يفقد غيرته مع فقدان عقله منذ اللحظات الأولى، وحتى لو لم يحتاج مادياً لعرض زوجته أو ابنته فى سوق النخاسة فى حالة الغيبوبة يطلب من زوجته أو ابنته أن ترافق زملاءه.

ويؤكد ما سبق ما عرضه هانى عرموش فى كتابه «المخدرات إمبراطورية الشيطان» من خطابات لمدمنين افتقد سلوكهم إلى أبسط قواعد الأخلاق والالتزام بالأعراف، فأخذوا يبيعون أولادهم ونسائهم من أجل شمة هيروين. (هانى عرموش، ١٩٩٣، من ٣٦٥ - ٣٧٨).

كما عرض عزت السعدنى فى «تحقيق السبت» لقصة فتاة قتلت أباها

والذى كان يرغمها على أن يبيعها فى سوق الرقيق من أجل شمة من مخدر، وأم تتمنى أن تقتل ابنها المدمن والذى كان يجبر أمه على أن تبيع مصاغها من أجل أن تشترى له الهيروين. (عزت السعدنى، جريدة الأهرام، هل أقتل ابنى، تحقيق السبت، ١٤/٥/١٩٩٤، ص٣).

وجملة القول أن "متعاطى المخدرات لا يقدر المسئولية، ويهمل واجباته الأساسية، ولهذا نجده يقدم النموذج السيىء لأولاده فلا ينشأ لديهم شعور ومسؤلياته حيال أسرهم والمستقبل، كما أن كثير من عادات المدمن تعتبر مرفوضة من بقية أعضاء أسرته فقد يتجمع عدد من المتعاطين فى منزله، وقد يسهرون إلى ساعة متأخرة مما يثير الخوف والقلق على أسرة المتعاطى خشية مهاجمة المنزل لضبط المخدرات والمتعاطين. (سلوى سليم، ١٩٨٩، ١٣٠).

وهكذا نرى أن المخدرات تتعدد أضرارها بدء بالأضرار الجسدية والنفسية والعقلية والاقتصادية والاجتماعية والأخلاقية، والتى تجعل الفرد المدمن عبارة عن هيكل وحطام بشرى لا يرجى منه أى نفع، ويكون ذلك حسرة لأهله ولمجتمعه.

ولقد أوضح Maty Jeanne Kreek فى مقالته عن المرضى المدمنين أن مشاكل الاعتماد على المخدر ليست قاصرة على مخدر دون آخر، بل أن جميع أنواع المخدر ضارة وتحدث مشاكل طبية Medical Problem واضطرابات نفسية وعقلية قد ذكرت فى الـ DSM III R كما أن بعض المرضى المدمنين والمعدوم الأمل فى علاجهم يكونون من الشخصيات ذات الطابع غيرى المجتمع Anto Social Personality types وهى شخصيات تحفل طفولتها بمشاكل سلوكية توافقية تعبر عن عدوانية شديدة مع المجتمع وسوء توافق مع كل ما هو إنسانى (Kreek, 1992,pp.997 - 107).

أما عن المخدرات والموقف منها.. وهل أحلها البعض وحرمها البعض الآخر وجرمها.. فهذا سيكون محور حديثنا فى الفصل القادم.

الفصل الرابع

المخدرات بين التحريم والتجريم

محتويات الفصل:

- الاتجاه إلى إباحة تعاطى المخدرات

أ- من وجهة نظر الأستاذ الدكتور/محمد شعلان.

- تفنيد لهذا الرأى.

ب- من وجهة نظر الأستاذ الدكتور/ حسن الساعاتى.

- تفنيد لهذا الرأى.

«أفكار البعض التى طُرحت بخصوص (إباحة المخدرات) يجب أن تؤخذ بعين الاحترام والتقدير؛ لأن هذه الأفكار قد تم تفعيلها فى بعض الدول الأوروبية كأحد الحلول لمواجهة الإقبال المتزايد على تعاطى المخدرات، لكنها تتم وفق شروط مقننة ونظن أنها لو طبقت فى مجتمعاتنا لفتحت باباً للواسطة والمحسوبية على الأقل من قِبل البعض».

المؤلف

لعل من أهم المحاولات للوقاية من المخدرات والقضاء عليها تماماً، وعلى المحاولات (اللذة) التى يستشعرها الشخص المدمن (خاصة محاولاته لجلب المخدرات وأن يتم الحصول عليها دون ضبط له من قبل الشرطة)، هو القول بإباحة المخدرات، انطلاقاً من المقولة الشهيرة: أن كل ممنوع مرغوب، فلماذا لا نوفره حتى يصبح بدون جاذبية؟ ونجد العديد من الآراء التى ذكرت فى هذا الصدد سوف نذكر بعضها.

أولاً: الاتجاه إلى إباحة التعاطى للمخدرات:

أ- من وجهة نظر الأستاذ الدكتور/محمد شعلان

نلخص رأى الدكتور محمد شعلان فى هذه القضية كالآتى:

طلب أولاً بإباحة تعاطى الحشيش، ثم عاد بعد ذلك وطالب بإباحة تعاطى جميع أنواع المخدرات، وفيما يلى مبرراته:

- أن القانون رقم ١٨٢ لسنة ١٩٦٠م الصادر بشأن مكافحة المخدرات

وتنظيم الاتجار فيها يتسم بالشدة إزاء جريمة مصطنعة عديمة الأذى، هى جريمة تعاطى الحشيش.

- استند فى الإباحة – خاصة تعاطى الحشيش – إلى الأدلة التالية:

الدليل الأول: يرى أن تعاطى الحشيش لا يؤدى إلى الإدمان مثلما هو الحال فى الخمر والأفيون والتبغ، ولكنه فقط يؤدى إلى التعود عليه.

الدليل الثانى: أن تعاطى الحشيش لا ينجم عنه أضرار بدنية مثل التدهور فى خلايا المخ كما هو الحال فى الخمر، أو فى الجهاز التنفسى كما هو الحال فى التبغ.

الدليل الثالث: أن تعاطى الحشيش لا يؤدى إلى تعاطى المخدرات الأخرى.

الدليل الرابع: أن تعاطى الحشيش لا يؤدى بالمتعاطى إلى ارتكاب الجرائم.

الدليل الخامس: أن جريمة تعاطى الحشيش تستخدم لتجريم الخصوم السياسيين والاجتماعيين.

الدليل السادس: أن تجريم تعاطى الحشيش قد أضاع على الدولة وخزينتها أموالاً طائلة يمكن أن تحققها فى حالة إباحة وفرض رسوم باهظة على تجارة الحشيش.

كما يقدم المعلومات الآتية:

- أن المبررات الثلاثة لتجريم تعاطى المخدرات وهى: الإضرار بالنفس والإضرار بالغير والإضرار بالمجتمع، متحققة بالنسبة للعقاقير الأخرى المباحة مثل التبغ والخمور، وطالب بأن تأخذ المخدرات حكم التبغ والخمور.
- أن ما ذهب إليه البعض من أن المخدرات تضر متعاطيها أمر مشكوك فيه، بالإضافة إلى أن هذه المخدرات إذا ما قورنت بالعقاقير المباحة فهى أخف وطأة منها، فالكحول يؤدى إلى تليف الكبد وانهيار وظيفته، وتلف خلايا المخ، وتقرح المعدة وضمورها، بالإضافة إلى أضرار أخرى

تحدث للكلى والأمعاء والشرايين.
كما أن النيكوتين يؤدى إلى سرطان الرئة والسعال المزمن والأزمات القلبية، كما يسبب النيكوتين تصلب الشرايين ونقص وزن الجنين لدى الحامل.
وتناول الكحول بانتظام يؤدى إلى الاعتماد عليها، ويؤدى الانقطاع (أو التوقف) عن تناولها إلى حدوث أعراض بدنية ونفسية شديدة تصل إلى درجة الاضطراب العقلى والتشنجات التى قد تقود إلى الوفاة.
كما أن الأبحاث الحديثة أثبتت أن النيكوتين يؤدى إلى إدمان فسيولوجى فإذا ما انقطع الشخص عن تناوله ظهرت عليه أعراض الانقطاع مثل: الصداع، والرعشة، والتوتر النفسى، وغير ذلك.
وإذا كان المجتمع - هكذا يقول الدكتور/شعلان - يجرم تعاطى المخدرات لأنه يرى الأشياء من منظور غير المنظور السائد فيرى ويسمع ما لا يعجب المجتمع، فإن المجتمع هو المسئول عن حالة الهروب هذه.
هذا فيما يتعلق بالأدلة التى يقدمها الدكتور/شعلان فيما يتعلق بطبيعة الإضرار بالنفس.
أما عن شرح المقصود بالإضرار بالغير فيرى شعلان الآتى:
إذا كان تجريم تعاطى المخدرات يهدف إلى الحد من الأضرار التى تنتج عن عجز الفرد عن رعاية أسرته سواء كان ذلك لعزوفه عن الإنتاج، أو لأنه ينفق عائد إنتاجه على عقاره المفضل فإن ذلك متحقق أيضاً فى حالة تعاطى العقاقير المباحة حيث تشير الدراسات إلى أن المواطن المصرى ينفق ٧٪× من دخله على التدخين، بينما ينفق ٣٪ من دخله فقط على المود البروتينية (كانت هذه الإحصائية عام ١٩٨٠)، كما أن المدخن يضر بأولاده مباشرة بالتدخين فى حضرتهم. وإذا كان المدخن امرأة

× ارتفعت الآن نسبة الأموال التى تنفق على التدخين لتصل فى تقديرات بنص الاحصائيات إلى أكثر من ٣٠٪ من دخل الأسرة نظراً للكثير من العوامل أهمها انخفاض قيمة الجنيه مقارنة بقيمة الدولار.. وغيرها من العوامل.



حاملاً فهى تجازف بقتل الجنين أو حرمانه من الأوكسجين والدم النقى اللازمين لنموه فيولد ضعيف البنية. وإذا كان مدخن عادى يجالس أفراداً غير مدخنين فهو يفرض عليهم استنشاق الهواء الملوث بدخانه وهى جريمة تفوق ما يرتكبه تعاطى الأفيون الذى لا ينفث أفيونه فى وجه غيره.

وفيما يتعلق بالإضرار بالمجتمع يلخص شعلان رأيه كالآتى:

أن ما ينفقه المجتمع على تعاطى الحشيش لا يتجاوز خمسة وعشرين مليوناً من الجنيهات، بينما تبلغ جملة ما ينفقه المجتمع على تدخين التبغ أكثر من ذلك بكثير، بالإضافة إلى المضاعفات الصحية التى بدأت تتفاقم وتتطلب رعاية من جانب المجتمع، علاوة على الخسارة فى شكل المرض والوفاة المبكرة للمسنين، والعلماء الذين يذهبون ضحية للإفراط فى التدخين، ولهذا فإن الفرق بين العقاقير الممنوعة (المخدرات) والعقاقير المباحة (التبغ والخمور) يكاد أن يكون معدوماً. (من خلال محمد فتحى عيد، ١٩٨٨، ص ص ٢٨٩، ٣٠٠).

تفنيد لهذا الرأى:

نتفق مع ما أورده الدكتور/محمد فتحى من خلال رده على الأدلة التي قدمها الدكتور الأستاذ/ محمد شعلان بشأن إباحة تعاطى الحشيش أولا ثم عودته مرة أخرى (كما ذكر المؤلف إبان عام ١٩٨٠ وإباحته تعاطى كافة المخدرات). ومن هذه الردود:

١- إذا كان قوله إن تعاطى الحشيش لا يؤدى إلى الإدمان بل التعود، فإن ذلك يقودنا إلى التساؤل: ما الفرق بين الإدمان والتعود؟ أليس هو فرقاً فى الدرجة! وأن تعاطى الحشيش يقود إلى الادمان من حيث توافر مجموعة من الشروط مثل:

أ- الميل إلى زيادة جرعة المادة المتعاطاة وهو ما يُعرف بالتحمل.

ب- اعتماد له مظاهر فسيولوجية ونفسية.

ج- حالة تسمم عابرة أو مزمنة.

د- رغبة قهرية قد ترغم المدمن على محاولة الحصول على مادته المخدرة المفضلة بأى وسيلة.

هـ- تأثير مدمر على الفرد والمجتمع.

(مصطفى سويف، ١٩٩٦، ١٧-١٨)

٢- إذا كان قوله إن تعاطى الحشيش لا يقود إلى أى أضرار بدنية فإن هذا يتعارض مع ما سبق أن ذكرناه من نتائج دراسات وبحوث ذكرت أضرار تعاطى الحشيش ليس فقط على الجانب الجسمي ولكن أيضاً يقود إلى العديد من الأضرار النفسية والعقلية وربما الانحرافات السلوكية، ناهيك عن الأضرار الاقتصادية حيث يقتطع المدمن من الضرورات لكى يشترى المخدرات.

ناهيك عن أن تعاطى المخدرات - خاصة الحشيش - فى الغالب يتم تعاطيه من خلال (التكريس) أى تقطيع قطعة الحشيش إلى (لدغات) صغيرة ووضعها (أو بصمتها) فوق المعسل المرصوص بعناية فى حجر (حجرة الشيشة أو الجوزة)، وبالتالى فإن التدخين فى حد ذاته يقود إلى العديد من الأضرار خاصة سرطان الرئة (إن لم يكن كافة أنواع السرطانات الأخرى)، ناهيك عن السعال المزمن، والالتهاب الرئوى، والتهاب الجيوب الأنفية...الخ.

٣- إذا كان تعاطى الحشيش - من وجهة نظر الدكتور/شعلان - لا يقود إلى تعاطى المخدرات الأخرى، فإن هذا يتعارض مع ما نشاهده فى الواقع، فلقد أثبتت العديد من الدراسات الوبائية أن التدخين (بكافة صوره وأشكاله) يقود مثلاً إلى تجريب العديد من المخدرات الأخرى، فتدخين السيجارة مثلاً ما المانع أن يدخن من خلالها البانجو والحشيش، ما المانع مع التدخين أن يتناول الكحوليات - خاصة البيرة

- كما كشفت عن ذلك وأيدته نتائج العديد من الدراسات الوبائية التى أجريت تحت مظلة المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية.

ذلك لأن دوافع التعاطي سوف تتعدد من شخص إلى آخر، وأن رغبة الشخص فى التجريب وأحياناً لإثبات (الرجولة) أمام الأفراد قد تدفعه إلى (تجريب) أنواع أخرى من المخدرات، وتحت دعاوى وأفكار فى غالبيتها غير عقلانية بيد أنها تكون (ذات قيمة اعتقادية) لدى المتعاطى أو المدمن.

٤- يرى دكتور شعلان أن تعاطى الحشيش لا يقود إلى ارتكاب جرائم، وهذا الدليل مردود عليه من خلال نتائج العديد من الدراسات التى أوضحت أن إدمان المخدرات هو السبب الرئيسى وراء ٥٠٪ من الجرائم التى ترتكب (فى باريس - فرنسا على سبيل المثال) وأن الغالبية العظمى من مدمنى المخدرات - بغض النظر عن نوع المخدر - فى حاجة دائمة إلى المال؛ لأن دخولهم - فى الغالب - لا تفى بشراء المخدرات وتسيير أمور حياتهم فإنه يضطرون إلى الجريمة بقصد السرقة لتغطية احتياجاتهم. (مجدى مفيد جرس، ١٩٩٢، ص٤٨).

كما أن الكثير من الجرائم (أحياناً القتل) تكون من أجل توفير المال الذى من خلاله يؤمن المدمن احتياجاته من المخدر، فإذا نقصت الكمية عاود ارتكاب الجريمة مرة أخرى، وقد تقابل الباحث مع كثير من الحالات المتواجدة فى السجن، وكانت التهمة (سرقة وقتل وتهجم)، وقد عرف من خلال المقابلة أن غالبية الجرائم التى قد ارتكبت بسبب إدمان المخدرات. (محمد حسن غانم، ٢٠٠٥ - أ).

ولذا فإن مسألة أن الأفراد تتعاطى الحشيش دون أن ترتكب جريمة أمر مشكوك فى صحته، وإذا كان بعض المراهقين قد اعترفوا أنهم يسرقون من المنزل أو من بعض المحال العامة من أجل شراء علبة سجائر فكيف

لا يكون الأمر كذلك فى تعاطى الحشيش؟! (أنظر علي سبيل المثال دراسة المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، ١٩٩١).

٥- فى الدليل الخامس يرى دكتور شعلان أن جريمة تعاطى الحشيش تستخدم لتجريم الخصوم السياسيين والاجتماعيين، ونحن نتفق تماماً مع ما أورده فتحى عيد من أن الدولة التى لا يحكمها مبدأ سيادة القانون وأن فساد السلطة قد يؤدى بها إلى تلفيق قضايا - ليست فقط تعاطى الحشيش - بل إلى تلفيق جميع أنواع القضايا للخصوم السياسيين، بالإضافة إلى أن السلطة الفاسدة ليست فى حاجة إلى تلفيق قضايا، فمعتقلاتها مفتوحة تودع فيها من تشاء، ولأية مدة تشاء، تعذب فيها من تشاء، وإلى أى حد تشاء. (محمد فتحى ١٩٨٨، ص٢٩٥).

٦- فى الدليل السادس يرى دكتور شعلان أن تجريم تعاطى الحشيش قد أهدر على الدولة الكثير من الأموال والتى ضاعت على خزينة الدولة، وأن الإباحة سوف تزيد من دخل الدولة من خلال فرض رسوم باهظة على تجارة الحشيش.

والواقع أننا لا نتفق تماماً مع وجهة النظر هذه لسبب بسيط أن التاريخ نفسه قد قدم لنا نموذجاً لإباحة الحشيش - وتحديداً إبان العصر المملوكى - وكانت هناك وظيفة تسمى (ضامن الحشيش)، وهو الرجل الذى يتوسط ما بين المتعاطين وما بين السلعة التى توفرها الدولة (وهى هنا الحشيش)، صحيح أن الدولة آنذاك، أى فى العصر المملوكى فى مصر - قد جنت الكثير من الأموال من جراء ذلك، إلا أن الظاهر بيبرس قد لاحظ أن كمية المغارم أكثر من كمية المغانم! لماذا؟ نظراً لكثرة الأضرار التى ترتبت على هذه التجارة من حيث: الكسل، نقص الإنتاج، جرائم السرقة، القتل والاغتصاب، والمشاجرات، ناهيك عن كم الأمراض الناتجة عن ذلك، ولذا فلقد أصدر

فرماناً بجمع الحشيش وإحراقه ومنع هذه التجارة. والأمر ليس في حاجة إلى (التكرار) مرة أخرى؛ لأن نفس (المساوىء) وأكثر سوف (تعاود) الظهور وبشدة، ناهيك عن كثرة عدد السكان في الوقت الراهن وسهولة المواصلات والاتصالات مما سيقود إلى زيادة حجم الجرائم والأمراض والاضطرابات وبالتالي ما سوف تأخذه الدولة من أموال (من جراء إباحة هذه التجارة) لن يوازي بأي حال من الأحوال كمية الفاقد في الإنتاج، والبشر، والصحة، وكمية الخدمات الصحية والعلاجية والنفسية التي تقدم لهم، ناهيك عن إمكانية تدمير أسر بكاملها (من خلال دمار رب الأسرة لذاته من خلال الاستمرار في التعاطي، وما يجره عليه من أضرار) مما يعرض أفراد أسرته للتشرد والضياع والتفكك والانحرافات.

ب- إباحة المخدرات من وجهة نظر الأستاذ الدكتور/حسن الساعاتي

للدكتور حسن الساعاتي - أستاذ علم الاجتماع السابق بعين شمس - رأي في إباحة المخدرات خلاصته: أن المنع والتجريم يولدان الرغبة الشديدة في الحصول على الممنوع ولذا فسوف يزداد الطلب على المواد المخدرة، الأمر الذي يؤدي إلى الإمعان في تهريبها وارتفاع أسعارها وثمنها وتزايد الترويج لها بتوسيع دائرة معتادي متعاطيها بشرط أن يحصل عليها المتعاطي ببطاقة خاصة، وضرب مثلاً ببريطانيا التي لا تتيح فقط تعاطي الهيروين لمن يثبت إدمانه، بل أنها تمكنه من الحصول عليه مجاناً من أية صيدلية على المقنن اليومي الذي يصفه الطبيب المختص، ويرى أن هذا الإجراء يمثل مواجهة وفية ومقبولة لمشكلة الإدمان. (من خلال محمد فتحي عيد، ١٩٨٨، ٢٠١-٢٠٢).

تفنيدنا لهذا الرأي:

١- أن مسألة الممنوع مرغوب وسوف تقلل جاذبية الممنوع إذا أتيح للأفراد مسألة مشكوك في صحتها، فالرغبة في العوم - مثلاً - والدخول إلى أعماق البحر موجودة لدى كل نفس تقريباً، بيد أن ما يكبل مثل هذه



الرغبة هو استبصار الفرد بالعواقب الضارة المترتبة على مثل هذه المغامرة، ولذا فإن (عرض المخدرات) وإتاحتها سوف تتيح للعديد من الأفراد تجريبها مدفوعين بدافع حب الاستطلاع، وبالتالى لا نوافق على مثل هذا الإجراء، لأن مضاره أكثر من فائدته.

٢- أن التشريع البريطانى - كما ذكر د.محمد فتحى عيد - لا يبيح تعاطى المخدرات ولكنه يجرمه.

٣- أن ما ذكره من أن الدولة تؤمن للمتعاطين الحصول على المخدر هذا ليس متاحاً للجميع وإنما يعد إجراء يتم ضمن عدة إجراءات تتخذ لعلاج ولتأهيل المدمنين، حيث حددت لجنة الأطباء البريطانيين حالات ثلاث يتم من خلالها تقديم المخدرات (بجرعات مقننة) للمدمنين على النحو التالى:

أ- عندما يكون المدمن تحت العلاج من إدمانه، وذلك حال الانقطاع تدريجياً عن تعاطى المخدرات.

ب- إذا تبين أن المدمن سوف يجد صعوبة فى أن يتوقف عن تعاطى المخدر نظراً لحدة أعراض الانقطاع عن تعاطى المخدر الذى اعتاد تعاطيه وأصبح جزءاً من تركيبته الفسيولوجية.

ج- إذا تبين أن المدمن سوف يحيا حياة عادية نسبياً عندما يتعاطى المخدر وأنه لا يستطيع أن تسير أموره بدون هذا المخدر.

ولذا يتم صرف المخدر بموجب تذكرة طبية وأمانة والتزام من جانب الطبيب المعالج.

٤- أن كاتب هذه السطور - وقد ذكر رأيه من قبل فى الوقاية والعلاج والتأهيل - قسم متعاطى المخدرات - بغض النظر عن نوع وتاريخ إدمانهم - إلى ثلاثة فئات هم:

الفئة جـ:

وهم مجموعة من الأفراد يحدث أن يدخلوا إلى مجال التعاطى ويخرجوا منه، دون أن يحدث لهم مشاكل تذكر، وهم فئة كبيرة الحجم نسبياً ونطلق عليهم فئة "الاستطلاعيون أو المكتشفون" على أساس أنهم ينطلقون إلى التجريب مدفوعين بدافع استطلاعى/ إنساني بهدف: المعرفة أولاً، ثم التفاخر بأنه قد جرب (هذا المخدر أو ذاك) ثانياً، وكثيراً ما يذكر ذلك لأقرانه، ونسبة هذه الفئة تقريباً ٨٠٪.

الفئة ب:

وهى فئة قليلة العدد، ويقدر عددها بنسبة ١٠٪ إلا أنها إذا دخلت فى مجال (تجريب) الإدمان فإنها تصل إلى درجة الاعتماد المرضى الكامل على المخدر، بل وأحياناً ما تنتقل فئة منهم إلى تعاطى أكثر من مخدر، وإن هذه الفئة لا يفيد معها عقاب ولا علاج، ونطلق عليها فئة "الميئوس منهم" ويندرج تحت هذه الفئة كافة الأفراد الذين يعانون من اضطرابات نفسية أو عقلية أو انحرافات سلوكية بالغة التدهور، وكذا فئات الشخصية المضادة للمجتمع Anti Social.

الفئة أ:

وهى تقريباً تعادل نفس حجم الفئة ب (أى ١٠٪)، وهذه الفئة تدخل فى مجال تعاطى المخدرات، وتتعرض للعديد من خبرات العلاج والعقاب. وقد يحدث أن تجدى هذه الأساليب وتجعلها تتوقف عن التعاطى، وهذه الفئة نطلق عليها اسم "الصابرون" على أساس أنهم يحتاجون إلى

× استندنا فى تحديد هذه النسب وبصورة تقريبية إلى نتائج الدراسات الأبديمولوجية التى يجريها المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية برئاسة أ.د. مصطفى سويف. وكذا خبرة العديد من الأطباء النفسيين والذين يتعاملون مع العديد من حالات التعاطى (أحمد عكاشة ١٩٩٨)، (محمد شعلان ١٩٨٦)، (يحيى الرخاوى ١٩٩٣) حيث ذكروا أن من نسبة ٧٥٪ إلى ٨٠٪ يقدمون على فعل التعاطى بهدف التجريب والاستطلاع، أما حالات التعاطى التى تمثل مشكلة فنسبتهم من ٢٥: ٢٠٪ وهم الأشخاص المعنيون بكافة إجراءات العلاج والتأهيل.



وقت أطول للتخلص من مشكلة التعاطى سواء بالنسبة لهم كأشخاص، أو لمن يتعاملون معهم من أعضاء الفريق العلاجى أو حتى أسرهم.

كيفية تأهيل كل فئة:

الفئة ج:

يكون التأهيل بنشر برامج الوقاية المستندة إلى أسس علمية تبتعد عن التهويل أو التهوين (لأن لكل بُعد مضاره على المدى القريب والبعيد)، ويمكن الاستفادة من عشرات البرامج التى صممت فى الغرب وكانت تهدف إلى حماية المراهقين وصغار السن من الدخول فى خبرة التعاطى، وكيفية تدريبهم على مواجهة ضغوط الرفاق، وكيفية مقاومتهم لكافة المؤثرات الاجتماعية أو الثقافة التى تشجع أو تحرض على التعاطى. (أنظر على سبيل المثال: برنامج كينمنج Kunming للوقاية من تعاطى المخدرات (Li, et al, 1997) وبرنامج فى العمق In-Depth program وإن البرامج التى سبقت الإشارة إليها كانت موجهة إلى المراهقين بالولايات المتحدة الأمريكية وتحديداً ولاية كاليفورنيا الأمريكية وموجهة إلى طلاب الجامعات بالصين هادفة إلى تزويد المراهقين باستراتيجيات مقاومة المخدر، وفيروس الإيدز (Lafferty, 1988)، وإذا كانت مثل هذه البرامج ستصمم بواسطة خبراء مصريين وغرب فلا مانع من تطويع مثل هذه البرامج لثقافتنا وخصوصيتنا، مع الأخذ فى الاعتبار إمكانية الأموال الباهظة التى ستتكفلها مثل هذه البرامج إلا أن فائدتها تكون متصلة، وستمثل الحصانة للشباب والمجتمع من الانزلاق إلى دوائر تعاطى المخدرات.

الفئة ب:

وأقصد فئة الميئوس منهم، فأرى أن يتم التعامل مع هذه الفئة تعاملاً مجدياً واقعياً بأن نتبع أحد الاتجاهين أو الاتجاهين معاً:

الاتجاه الأول:

تأهيل مثل هذه الفئة فى مستشفيات حكومية لها العديد من المواصفات التى ذكرها محيى الدين أحمد حسين (١٩٩٤، ٢٩٤ - ٢٧٦) من حيث:

أ- أن تكون هذه المستشفيات مهيأة لهذا النوع من الخدمة، ومعدة لهذا الغرض.

ب-توافر كوادر على مستوى عال من التدريب فى مجال تأهيل مدمنى المخدرات، وأن يستمر هذا التدريب للارتقاء بمستواهم مما سوف ينعكس إيجاباً فى برامج واستراتيجيات التأهيل.

ج- أن تنهض المستشفيات التى تتبنى هذا الدور التأهيلى على فلسفة واضحة فى إجراءاتها الخدمية تنسق وطبيعة الدور المنوط بها حيث لابد من وجود تأهيل فعلاً وليس من قبيل الدعاية فقط.

د- ضرورة إقامة نوع من التواصل بين المتعاطى الذى يتعرض لتجربة التأهيل داخل المستشفى، وبين إمكانية تفاعله مع المجتمع - فى سياقه الكلى - من ناحية أخرى ومن خلال وضع ثلاثة أهداف لهذا الاندماج:

١- محاولة امتحان قدرة المتعاطى على الانفتاح مع المجتمع العريض دون أن تطويه الخبرات السابقة فى اتجاه العودة إلى المخدر.

٢- تمكين المتعاطى من أن يقف فى ظل انفتاحه على المجتمع العريض مستبصراً (سواء من خلال ذاته أو من خلال فريق العلاج التأهيلى) بأوجه القوة والضعف فى شخصيته وتفاعلاته.

٣- تهيئة المتعاطى وتدريبه على التجاوب مع مقتضيات

الرعاية اللاحقة ومتابعته المشمولة بالتقويم بعد أن يعود إلى ممارسة أدواره الاجتماعية ويندمج تدريجياً فى نسيج المجتمع. فإذا فشلت هذه الفئة بعد ذلك فى المحافظة على استمرار التعافى نتبع الاتجاه الثانى.

الاتجاه الثانى:

عزل هذه الفئة بعيداً عن التجمعات السكانية - فيما يسمى تجاوزاً المجتمعات العلاجية -، وأن يشغلوا أوقاتهم ويستثمروا طاقاتهم فى أعمال إنتاجية كل حسب مهاراته وميوله وقدراته، ويتم تسويق هذه المنتجات، ولذلك يتم تدريبهم على: الاستقلال، الاعتماد على النفس، إدارة شئون حياتهم، القدرة على حل ما يواجهونه من مشاكل وضغوط، القدرة على اتخاذ القرارات المناسبة، واختيار البديل المناسب للحل (فى حالة عدم توافر الحل الأمثل من وجهة نظرهم)... ألخ. ثم يتم إعادتهم إلى نسيج المجتمع بعد أن يتم التأكد من ذلك، ووفقاً لمحكات ومعايير معينة (قد تقدر مثلاً بخمس سنوات) مع تشديد فترة النفى أو العقوبة أو الابتعاد عن المجتمع كلما حدثت له انتكاسات Relapes (كأن تزيد مدة العزل مثلاً من خمس سنوات إلى عشر سنوات)، وفكرة هذا النظام أنه وسط بين فكرة أو مفهوم السجن وبين (الحياة فى المجتمع).

ويمكن إتباع كلا الاتجاهين مع أفراد هذه الفئة ووفقاً لما يكشف عنه (التقويم) الموضوعى لكل حالة.

الفئة الثالثة أ:

وهم فئة الصابرون فيتم التعامل معهم وفق منظورين:

الأول: الوقاية الشاملة على كافة الأصعدة مع ترشيد دور الإعلام، ويمكن - ثانياً - إجبارهم على الالتحاق بأجنحة علاج الإدمان فى

المستشفيات الحكومية، وتقديم العلاج التأهيلى الذى يتناسب مع كل حالة.

وهكذا نرى من خلال استطلاع وجهة النظر هذه أن ما ذكره د.حسن الساعاتى إنما يتم وفق أسس وشروط معينة، وإن المسألة ليست على إطلاقها، وإن كل مدمن تؤمن له الدولة احتياجاته من المخدرات.

٥- أن هذه التجربة – أى تحديد الفئات الأكثر احتياجاً للإدمان من قبل لجنة طبية متخصصة – لا نظن أنها سوف تؤدى عملها بنزاهة، إذ ما يدرينا أن تدخل فيها (الواسطة والمحسوبية) لزيادة الكمية المنصرفة، أو حتى إدخال شخص إلى جدول المنح بناءاً على توجيه من هذا أو ذاك، إذ من الممكن أن يدخل (الفساد الأخلاقى والإدارى إلى هذا الجانب).

٦- يجب الأخذ فى الاعتبار أن بعض الحالات الإدمانية لا يحدث التحسن بها من خلال التوقف عن التعاطى فقط، بل يجب أن يرتبط التوقف بالعديد من جوانب التحسن خاصة فى الجوانب الانفعالية مثل:

- تحسن فى حالات الانفعال الحادة.
- تحسن فى العلاقات بين الشخص والآخرين.
- تحسن فى أدائه للعمل.
- تحسن فى حالته الصحية والجسمية.
- أن الامتناع الإرادى لا يرتبط بالضرورة بالتحسن فى المجالات الأخرى للحياة الصحية، بل قد يرتبط بالتدهور الوظيفى فى هذه المجالات الأخرى.

(محمد حسن غانم، ٢٠٠٥ – ب، ص٨٤).

وبالتالى فإن مسألة التوقف عن التعاطى ورصد العديد من سبل التحسن مسألة غير مضمونة العواقب؛ لأن التوقف قد يرتبط عند البعض بمزيد

من التدهور، ولذا فإن مسألة مثل هؤلاء الأشخاص يجب أخذ موقفهم بعين الاعتبار.

والخلاصة: أن مسألة إباحة المخدرات كأحد طرق الوقاية مسألة محكوم عليها بالفشل خاصة فى بيئتنا المصرية والعربية، كما أن النسبة التى تحتاج إلى صرف تذكرة طبية حتى وإن كانت من المخدرات مسألة يحتاجها قلة من الأفراد، وأن هذه (القلة) - وهذا الاستثناء - يجب فى جميع الأحوال أن لا تتحول إلى (قاعدة).

وهكذا نرى أن مغارم هذا (الحل) أكبر بكثير من مغانمه، بل لا توجد مغانم على الإطلاق من فكرة اقتراح إباحة المخدرات، ولكنها على أية حال وجهة نظر لابد أن تطرح وأن تناقش بكل احترام؛ لأنها قد جاءت فى سياق الوقاية وليس التحريض على استمرار التعاطى.

أما عن مكافحة العرض (أى عرض المخدرات) فهذا سوف يكون محور حديثنا فى الفصل القادم.

الفصل الخامس

مكافحة العرض

محتويات الفصل:

١- جهود المكافحة.

٢- القانون (التشريع).

٣- الاتفاقات الدولية والإقليمية.

- الجهود العربية لخفض الطلب.

١- المؤتمرات والصكوك الدولية:

أ- المؤتمر الإسلامى العالمى الثانى لمكافحة المخدرات.

ب- المؤتمر الإقليمى الثانى لرؤساء أجهزة مكافحة المخدرات.

ج- الدورة الاستثنائية الحادية عشر للجنة المخدرات.

«لم يدخر المشرع وسعاً فى سن القوانين والاتفاقيات فى محاولة للحد من انتشار المخدرات وتزايدها المستمر، ولكن هل أفلحت القوانين بمفردها فى الحد من مسألة (عرض المخدرات)؟!».

المؤلف

وتنهض هذه المقولة على أساس فكرة خلاصتها أن المخدرات مثلها مثل أى سلعة تتعرض لآلية العرض والطلب، وكلما توافرت كلما زاد الإقبال عليها وقل سعرها، والعكس بالعكس، فلماذا لا ننظر إلى المخدرات (بكافة صورها وأشكالها) على أساس هذه المقولة. وعموماً تنهض مكافحة العرض على أساس ثلاث دعائم هى:

١ - جهود المكافحة:

تعتبر الإدارة العامة لمكافحة المخدرات هى الجهاز المحورى فى الدولة لتنظيم هذه الجهود، وهى تقوم بعملها بالتنسيق مع عدد من أجهزة الدولة منها قوات حرس الحدود (وزارة الدفاع)، ومصلحة الجمارك (وزارة المالية)، والإدارة المركزية للشئون الصيدلية (وزارة الصحة)، والإدارة العامة للدفاع الاجتماعى (وزارة الشئون الاجتماعية سابقاً، وزارة التضامن حالياً)، كما تتعاون مع عدد من أجهزة وزارة الداخلية منها، قوات الأمن المركزى، وأكاديمية الشرطة، (وحدة كلاب الأمن والحراسة)، ومصلحة أمن الموانىء، ومصلحة الأمن العام، والإدارة العامة لشرطة المسطحات المائية. ويدخل فى نطاق مسئوليتها كذلك

التنسيق مع الأجهزة المعنية بمكافحة المخدرات بهيئة الأمم المتحدة مثل صندوق الأمم المتحدة للرقابة على تعاطى المخدرات، وأيضاً التنسيق مع منظمة الشرطة الجنائية الدولية (الانتربول). (لجنة المستشارين العلميين، ١٩٩١، ٩٤).

والإدارة العامة لمكافحة المخدرات تنشر كل عام تقرير بإنجازاتها فى مجال المكافحة، مع الأخذ فى الاعتبارٍ أن مكتبِ المخابرات العام للمخدرات قد بدأ نشاطه فى مصر مبكراً وتحديداً عام ١٩٢٩، وهو المكتب الذى تطور فيما بعد ليصبح الإدارة العامة لمكافحة المخدرات.

ولكى ندلل على جهود هذه الإدارة سوف نقتبس بعض الفقرات من تقرير الإدارة العامة لمكافحة المخدرات عن عام ١٩٩٣.

«تشير الإحصائيات إلى تصاعد أعداد القضايا والمتهمين والكميات المضبوطة من مختلف أنواع المخدرات باستثناء الحشيش، حيث بلغ عدد القضايا المضبوطة عام ١٩٩٣: ١٣٧٨٢ قضية، مقابل ١٢٧٩٢ قضية عام ١٩٩٢، بزيادة قدرها ٧,٧٣٪، ويبلغ عدد المتهمين المضبوطين ١٥١١٠ متهماً مقابل ١٤١٤٣ منهما عام ١٩٩٢ بزيادة قدرها ٦,٨٣٪.

ثم بيان بكمية المضبوطات من مختلف أنواع المخدرات، وكذا فى مجال كشف وإبادة الزراعات غير المشروعة لنباتى القنب والخشخاش، ونسبة الشجيرات التى تم ضبطها....الخ.

إضافة إلى الإشارة إلى الجهود التى امتدت فى أحيان كثيرة خارج البلاد لملاحقة وضبط العصابات الدولية التى استهدفت مصر، ونجحت بالتعاون الوثيق مع العديد من أجهزة المكافحة العربية والأجنبية فى ضبط قضايا دولية هامة لها أثرها الواضح والمباشر على سوق الاتجار غير المشروع بالمخدرات داخل البلاد.

ثم الإشارة إلى أهم قضايا الضبط، ثم الشئون الدولية (خاصة صور التعاون مع أجهزة مكافحة المخدرات التابعة للأمم المتحدة، ثم التخطيط والبحوث الفنية، ثم صور التدريب المختلفة التى تقدم لضباط المكافحة، وكيفية حفظ وتحليل المعلومات.....ألخ. وبيان إحصائى بكمية المضبوطات من المخدرات من مختلف الأنواع، وكذا المتهمين». (الإدارة العامة لمكافحة المخدرات، ١٩٩٤).

وقد أوردنا ما سبق للتدليل فقط على الجهود التى تبذلها الإدارة العامة لمكافحة المخدرات وفروعها المنتشرة فى كافة المحافظات فى جمهورية مصر العربية.

٢- القانون (التشريع):

تعكس التشريعات (القانون) طبيعة الاهتمام الذى تبديه الدولة تجاه ظاهرة ما من الظواهر، ولعل قضية المخدرات - مداً وجزراً - قد رافقت التطورات التشريعية فى مصر.

وفى مجال القانون لم يدخر المشرع المصرى جهداً فى استخدامه كأداة ردع بالغة الأهمية، وسوف نقدم فى إيجاز أبرز أهم التطورات التشريعية لمواجهة ظاهرة المخدرات.

حيث بدأت مكافحة المخدرات فى مصر بطريقة منظمة عندما صدر الأمر العالى (من الاستانه) أيام الامبراطورية العثمانية فى مارس عام ١٨٧٩ بمنع زراعة الحشيش واستيراده وفرض عقوبة وهى الغرامة التى كانت لا تزيد فى ذلك الوقت عن مائتى قرش، وقام بتنفيذ هذا الأمر رجال خفر السواحل والجمارك. أما دور الشرطة فلم يأت إلا بعد صدور قرار نظارة الداخلية فى يناير ١٨٩٥ بمنع أصحاب المحال (أو الحانات) من تقديم الحشيش أو السماح بتعاطيه، ومعاقبة من يخالف أحكامه بالغرامة من ٢٥ قرشاً إلى جنيه، مع إغلاق المحل إذا وقعت



على صاحبه ثلاث عقوبات على مدى ستة أشهر.

وفى بداية القرن العشرين تدفقت على مصر كميات ضخمة من الحشيش من اليونان، وقد بلغ أعلى معدل للمضبوطات عام ١٩٠٣.

وفى نهاية الحرب العالمية الأولى أدخل الكيميائى يونانى الكوكايين إلى مصر، وكان يستخدمه في بادىء الأمر أفراد الطبقات العليا، ثم انتشر بسرعة لسهولة تداوله، ثم ظهر الهيروين بين العمال الذين رحلوا إلى فلسطين للحرب.

وبسبب الأضرار الجمة التى ظهرت نتيجة لتعاطى الكوكايين والهيروين فقد أصدر "توماس راسل باشا" حكمدار القاهرة مرسوماً عام ١٩٢٥، والذى شدد على جلب المواد المخدرة والاتجار فيها وجعلها جنحة بعد أن كانت مخالفة، وزيادة أحكام الحبس من شهر - سابقاً - إلى ثلاث سنوات، وغرامة عشرة جنيهات (وكان هذا المبلغ - آنذاك - يمثل مبلغاً تعجيزياً لغالبية أفراد الشعب).

ورغم هذا التشدد فى هذا القانون الأخير إلا أن الهيروين قد انتشر انتشاراً كبيراً وتربع على عرش المخدرات بعد أن اضمحل الكوكايين بل وتلاشى نهائياً عام ١٩٢٨.

وفى مارس عام ١٩٢٩ أنشىء مكتب المخابرات العام للمواد المخدرة، والذى كان من أهم وظائفه الكشف عن أوكار المواد المخدرة المتدفقة على البلاد المصرية، ومحاولة (تقليل العرض) حتى يزيد السعر وبالتالى لا يستطيع الفلاحون شراؤه (وهم عماد الاقتصاد المصرى آنذاك)، وقد أنشئت مكاتب فى الموانىء المصرية فى: الاسكندرية، وبورسعيد، والسويس، وأنشىء فرعان آخران الأول فى طنطا للوجه البحرى، والثانى فى أسيوط للوجه القبلى.... ثم توالت فروعه فى جميع أنحاء القطر المصرى، وقد أنقذت الحرب العالمية الثانية مصر من تدفق الهيروين إليها نظراً لصعوبة تهريب المخدرات آنذاك، وترتب

على ذلك زيادة فى حجم المعروض من مخدرى الحشيش والأفيون وخاصة فى سوريا ولبنان وتركيا حيث توسعوا فى زراعته آنذاك نظراً لزيادة الطلب عليه، وحتى بعد أن نشبت حرب فلسطين عام ١٩٤٨ ظل الحشيش والأفيون يهرب من مناطق زراعته إلى مناطق الاستهلاك حيث كان يتم استخدام الطريق البحرى عبر البحر المتوسط، وبعد أن خفت الاشتباكات بين إسرائيل والدول العربية، أصبح الطريق البرى عبر الحدود الشرقية لمصر هو الطريق الرئيسى لتهريب المخدرات.

ورغم كل هذه الاحتياطات فقد زاد تدفق الحشيش والأفيون على مصر والعديد من الدول العربية، مما استدعى الأمر زيادة الجهود ومحاولة بلورتها فى عمل عربى مشترك، فأنشأت الجامعة العربية عام ١٩٥٠ المكتب الدائم لشئون المخدرات، وكان نواة لإنشاء المنظمة العربية للدفاع الاجتماعى ضد الجريمة.

وفى عام ١٩٥٢ صدر القانون الذى جعل جرائم الاتجار فى المخدرات جنايات عقوبتها الأشغال الشاقة المؤبدة، والغرامة ارتفعت من ثلاثة آلاف جنيه إلى خمسة آلاف جنيه. أما التعاطى فهو جناية عقوبتها السجن والغرامة من ٥٠٠ جنيه إلى ثلاثة آلاف جنيه، وقد ظهرت إبان هذه الفترة – ونظراً لتشدد القانون آنذاك – العديد من الحيل المبتكرة لتهريب المخدرات منها: تهريب الهيروين (والذى عاد للظهور مرة أخرى) داخل تجاويف سرية بمراحيض خشبية يتم شحنها من النمسا إلى الاسكندرية، كما تم ضبط عمليات تهريب مخدرات داخل بطون الجمال من ٢٤ ساعة من ضبطها بالقرب من الغضروف الحنجرى الأمر الذى يؤدى إلى سماع طقطقة معدنية ناتجة عن احتكاك الاسطوانات المعدنية التى تحوى المخدرات. كما كان يتم تهريب الحشيش داخل بكرات سلك وإبر يتم شحنها من لبنان إلى ميناء السويس، أو تهريب المخدرات داخل



ألواح خشب كونتر كان يتم أيضاً شحنه من لبنان إلى ميناء بورسعيد.
وعلى إثر قيام الوحدة بين مصر وسوريا ونظراً لمتاخمة الإقليم السورى لإسرائيل، واشتراكه فى الحدود مع بعض الدول المصدرة للمخدرات، فقد رئى أنه من الضرورى وضع قانون موحد فى الإقليمين المصرى والسورى يهدف إلى مكافحة المخدرات وتنظيم استعمالها، فصدر القانون رقم ١٨٢ لسنة ١٩٦٠، والذى كان صارماً فى معاملة المتاجرين بالمواد المخدرة، ورغم ذلك فقد أخذ بأحدث الأساليب الإنسانية فى معاملة المدمنين الذين يتقدمون من تلقاء أنفسهم للعلاج، فبدلاً من توقيع عقوبة السجن على المتعاطى حيث تأمر المحكمة بإيداعه المصحة للعلاج مدة لا تقل عن ستة أشهر ولا تزين عن عامين.
وقد صدر القانون رقم ٤٠ لسنة ١٩٦٦ والخاص بتعديل بعض أحكام القرار بالقانون رقم ١٨٢ لسنة ١٩٦٠، وكان صدور هذا القانون كرد فعل سريع وغاضب على إثر حادث قتل فيه عدد من رجال الأمن أثناء مطاردتهم بعض المهربين فى صحراء بلبيس بمحافظة الشرقية، حيث تم تغليظ العقوبات لتصل إلى الإعدام، وكذا رفع سقف الغرامة ورفع العقوبات إلى الأشغال الشاقة المؤبدة.
ورغم (تغليظ) هذه العقوبة - ولا يوجد أقصى من الإعدام - فقد ظل الحال كما هو عليه وأنواع المخدرات كما هى، وطرق وأساليب التهريب لم تتغير بل تزداد (مرونة وتغيراً) وفقاً للأساليب السائدة.
إلى أن قامت حرب يونيه ١٩٦٧ فتحول نشاط تهريب الهيروين إلى الطريق البحرى عبر البحر المتوسط، وخاصة منطقة بحيرة البرلس وغرب الاسكندرية. وقد امتدت فى أوائل السبعينيات إلى شواطىء ليبيا، كما اتجهوا إلى التهريب عن طريق المطارات والموانىء، إضافة إلى التحايل من خلال استخدام العديد من الأطفال الصغار وكذا بعض

الطلاب والطالبات (ممن لا يتوقع رجال مكافحة المخدرات أنهم مصدر للتهريب أو الإتجار أو حتى نقل المخدرات).

إلا أن المخدرات بكافة صورها وأشكالها قد انتشرت انتشاراً كبيراً إبان فترة الثمانينيات من القرن العشرين، حيث عاد الهيروين مرة أخرى إلى سوق التعاطى، وكذا الحشيش والأفيون، كما ظهرت العديد من أنواع العلاجات خاصة علاج السمنة والاكتئاب النفسى والأرق والتوتر واستخدامها كحبوب مخدرة، وكذا أدوية الكحة المحتوية على مادة الكودايين المخدرة لتقليل ألم الشعب الهوائية، وقد ظهرت هذه الأنواع من المخدرات – والتى لم تكن معروفة فى سوق التعاطى فى مصر – نتيجة العديد من العوامل أهمها: سفر الكثير من الشباب المصرى إلى الخارج واحتكاكهم بشباب هذه الدول والتعرف منهم على إمكانية استخدام مثل هذه الأقراص والأدوية كنوع من الإدمان لتغيير الحالة المزاجية، وعلى إثر الحملة الإعلامية التى تصاعدت من جراء هذا الكم من المخدرات، وهذا الكم من الأفراد الذين ينضمون يومياً إلى سوق التعاطى والإدمان صدر القانون رقم ١٢٢ لسنة ١٩٦٠ فى شأن مكافحة المخدرات وتنظيم استعمالها والاتجار فيها، حيث نص على العديد من التعديلات منها: تأثيم أفعال لم يكن القانون يتناولها بالتأثيم، وتشديد العقوبات فى مختلف الجرائم المعاقب عليها فى القانون، ووضع تنظيم متكامل لعلاج المدمنين، وتهيئة المناخ للمتعاطين لإمكانية الإقلاع عن التعاطى، وكذا إنشاء صندوق خاص لمكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى تكون له الشخصية الاعتبارية ويكون من بين اختصاصاته إنشاء المصحات ودور العلاج والسجون الخاصة، وتكون من بين موارده الغرامات والأموال المحكوم بمصادرتها. (عبدالعزيز الجندى، ١٩٩٤، ١٣١ – ١٦٩).

وفى استطلاع رأى حول مشروع قانون بتعديل بعض أحكام القرار بقانون رقم ١٨٢ لسنة ١٩٦٠ فى شأن مكافحة المخدرات وتنظيم استعمالها والاتجار فيها، حيث شملت الدراسة آراء عينة من رجال الشرطة، رجال القضاء، أساتذة القانون الجنائى، وأساتذة الطب النفسى، والأطباء، والأطباء النفسيين، والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين من العاملين فى مؤسسات علاج المدمنين، ونوادى الدفاع الاجتماعى. وتبلورت القضية لتعكس أهم هذه الملامح:

١- اهتمام مكثف بموضوع المخدرات.

٢- تصوير للخطورة البالغة لانتشار المخدرات: اتجاراً وتعاطياً وإدماناً كماً وكيفاً.

٣- التركيز على مواجهة الظاهرة أساساً على القانون وعلى تطبيق أقصى عقوبات القانون الجنائى - الإعدام - والمطالبة بتنفيذ أحكام القانون - الإعدام - علناً لمهربوا المخدرات وتجارها ومطالبة البعض الأخر بإعدام مدمنى المخدرات أيضاً مع الإشارة إلى ارتفاع تكتلفة العلاج بالمستشفيات وعدم جدواه. (ناهد صالح، ١٩٩٤، ص ص ١٧١ - ١٨٩).

إلا أن تقييمنا لهذا الكم من التشريعات القانونية قد عبر عنه النائب العام السابق قائلاً: «إن الحقيقة التى تؤكدها الإحصائيات الرسمية المسجلة فى التقارير السنوية للإدارة العامة لمكافحة المخدرات هى أن معدلات القضايا والمتهمين والمضبوطات فى جرائم المخدرات قد انخفضت لمدة عامين فقط هما: عام ١٩٨٩ (والذى صدر فيه القانون ١٢٢)، وعام ١٩٩٠، ثم عادت تلك المعدلات إلى الارتفاع فى أعوام ١٩٩١، ١٩٩٢، ١٩٩٣. (عبدالعزيز الجندى، ١٩٩٤، ١٦٧).

ونؤكد فى نهاية عرضنا للتشريع المصرى الخاص بمكافحة المخدرات أنه ليس بالقانون وحده تحل المشاكل خاصة إذا كانت مشكلة مثل مشكلة

المخدرات متعددة ومتشعبة الجوانب والرؤى والاتجاهات.

٣- الاتفاقات الدولية والإقليمية:

تعد الاتفاقات الدولية والإقليمية والثنائية بمثابة آليات تضاف إلى القوانين المحلية لتمكين الدولة من مزيد من إحكام سيطرتها على مشكلة المخدرات فى البلاد. وقد بدأت هذه الاتفاقات فى الظهور مع نهاية الحرب العالمية الأولى وإنشاء عصبة الأمم، وعلى مر الأعوام ازدادت هذه الاتفاقات عدداً وإحكاماً. ومن أهم الاتفاقات الدولية التى دخلت مصر طرفاً فيها الآتى:

- الاتفاقية الوحيدة للمخدرات لنسة ١٩٦١.
- واتفاقية المواد النفسية الدوائية لسنة ١٩٧١.
- والاتفاقية الدولية للاتجار غير المشروع فى المخدرات والمواد النفسية الدوائية لسنة ١٩٦٦.

ويشير تاريخ مكافحة العرض فى مصر إلى أن الحكومة لم تدخر وسعاً فى أن تستغل آليات التعاون الدولى للارتفاع بمستوى كفاءة المكافحة إلى أفضل درجة ممكنة (المستشارين العلميين، ١٩٩١، ص٩٧).

إضافة إلى العديد من الاتفاقات الإقليمية بين مصر وغيرها من الدول مثل: اتفاقية التعاون القانونى والقضائى بين دول مجلس التعاون العربى (الأردن - مصر - العراق - اليمن) سنة ١٩٨٩. وقد تلاشى هذا الاتفاق عقب غزو العراق للكويت فى أغسطس ١٩٩٠ وما جره ذلك من حروب ودمار مازالت المنطقة العربية وتعانى من آثاره حتى الآن. والوثيقة المعروفة باسم: «الاستراتيجية العربية لمكافحة الاستعمال غير المشروع للمخدرات والمؤثرات العقلية الصادرة عن مجلس وزراء الداخلية العرب التابع لجامعة الدول العربية فى ٢ ديسمبر ١٩٨٦، إضافة إلى البروتوكول الموقع بين مصر والأردن بتاريخ ١٩٨٦/١٠/٢٦ بشأن التعاون فى مجال مكافحة الإتجار غير المشروع بالمخدرات والمؤشرات النفسية.

وسوف نورد فى عجالة بعض البنود التى حوتها الاتفاقية الوحيدة سنة ١٩٦١ بشأن مكافحة المخدرات:

أ- التحريم الدولى لإنتاج الأفيون والكوكايين والقنب لغير الأغراض الطبية والعلمية.

ب- إنشاء هيئة الرقابة الدولية على المخدرات وهى تابعة للأمم المتحدة.

ج- وضع تنظيم شامل للتجارة الدولية للمخدرات يهدف إلى السيطرة على الحركة المشروعة للمواد المخدرة وعدم تسربها إلى السوق غير المشروعة.

وهكذا توجد نفس هذه البنود فى كافة الاتفاقات الدولية أو الإقليمية، وهى جميعاً تؤكد وظيفتها الرئيسية فى استغلال جميع إمكانات التعاون الدولى فى سبيل تحقيق المزيد من تحكم الدول الحديثة فى مشكلة المخدرات. (مصطفى سويف، ١٩٩٦، ١٩١ - ١٩٢).

الجهود العربية لخفض العرض

شهدت المنطقة العربية صحوة إعلامية على فترات عديدة لمواجهة خفض العرض، فعلى الرغم من استهداف المنطقة العربية كسوق رائجة للمخدرات كانت الحكومات والمؤسسات تبذل جهوداً هائلة للمواجهة من خلال إصدار التشريعات والقوانين وإقامة المؤتمرات والندوات العلمية بهدف خفض العرض. وأثمرت هذه الجهود عن إنشاء المكتب العربى لشئون المخدرات بناء على قرار اللجنة السياسية لجامعة الدول العربية عام ١٩٥٠، ويعتبر المكتب العربى لشئون المخدرات منظمة حكومية إقليمية تنسق بين الدول الأعضاء بالجامعة العربية فى مجال مكافحة المخدرات.

كذلك تم إنشاء المركز العربى للدراسات الأمنية والتدريب عام ١٩٧٢، وأنشئت به وحدة لمكافحة المخدرات، وقامت الأمانة العامة لمجلس وزراء الداخلية العرب بإعداد استراتيجية عربية موحدة لمكافحة الاستعمال غير

المشروع للمخدرات والمؤثرات العقلية أقرها المجلس فى دورة انعقاده الخامسة فى تونس بقرار رقم ٧٢، والمؤرخ فى ١٩٨٦/١٢/٢، وتركز هذه الاستراتيجية على مقومات أربعة هى: السياسة الوطنية المحلية، التعاون العربى، الاتفاق العربى الثنائى والإقليمى، التعاون العربى الدولى. (محمود رشاد، ١٩٩٧، ٣٦).

٤- المؤتمرات والصكوك الدولية:

حرصت الدول العربية - ومن بينها مصر - على حضور العديد من المؤتمرات والندوات الدولية والإقليمية، وسوف نشير فى إيجاز لأهم هذه المؤتمرات التى عقدت فى بداية التسعينات من القرن الماضى على سبيل المثال لا الحصر.

أ- المؤتمر الإسلامى العالمى الثانى لمكافحة المخدرات والمسكرات:

حيث عقد هذا المؤتمر بمدينة إسلام أباد عاصمة باكستان فى الفترة من ٢٦-٢٨ شوال ١٤٠٩ الموافق ١٩٨٩/٣/١، وتم تنظيمه بالتعاون مع الجامعة الإسلامية فى إسلام أباد، وشارك فيه ما يزيد على مائة باحث من مختلف الدول الإسلامية وغيرها، كما شهده ممثلون لبعض الدول ومندوبو الصحف والمجلات ووكالات الأبناء وأجهزة الإعلام الإسلامية والعربية والدولية.

وقد خرج المؤتمر بالعديد من التوصيات سواء فى المجال التربوى، أو الاجتماعى العائلى، أو الإعلان، وكذا فى مجال التعاون والتنسيق، والبحث العلمى، والمجال الإصلاحى، والمجال التشريعى، حيث ناشد (فى التوصية الأخيرة كمثال) جميع حكومات الدول الإسلامية توقيع عقوبة الإعلام على منتجى ومروجى ومستوردى المخدرات، وتوجيه عقوبات على متعاطيها، وإتاحة الفرصة للتائبين منهم لعلاجهم وكفالة أسرهم خلال مدة العلاج، والعمل على إعادة



تأهيلهم وتأمين سبل العيشة الكريمة لهم.

ب- المؤتمر الإقليمية الثاني لرؤساء وأجهزة مكافحة المخدرات الوطنية:

حيث عقدت في فيينا في الفترة من ١١ - ١٥ سبتمبر ١٩٨٩، وشارك فيه ١٠١ دولة، ومراقبون من ١١ منظمة دولية حكومية، و١١ منظمة غير حكومية تتمتع بالمركز الاستشاري لدى المجلس الاقتصادي والاجتماعي، وقد اتفق الأعضاء أن تضطلع شعبة الأمم للمخدرات في تبني إطار استراتيجية طويلة الأجل للتدريب بالأنشطة التالية:

١- إنشاء وحدة تدريب في فيينا لتنسيق الأنظمة التدريبية بالتشاور مع الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات، وصندوق الأمم المتحدة لمكافحة إساءة المخدرات والوكالات المعنية الأخرى وفقاً للاحتياجات والطلبات المعبر عنها في الاجتماعات الإقليمية لرؤساء الأجهزة الوطنية لمكافحة المخدرات.

٢- تشكيل فريق عامل للاجتماع والنظر في وضع استخدام مناهج موحدة خاصة بالأمم المتحدة.

٣- وضع خطة تدريب دولية قائمة على أساس تقييم مناهج التدريب واستراتيجياته ومتطلباته في كل منطقة على حدة.

٤- التخطيط لإنشاء مراكز تدريبية في كينيا ومصر والمغرب بدعم من صندوق الأمم المتحدة لمكافحة إساءة استعمال العقاقير.

ج- الدورة الاستثنائية الحادية عشرة للجنة المخدرات:

عقدت لجنة المخدرات دورتها الاستثنائية الحادية عشرة في فيينا في الفترة من ٢٩ يناير إلى ٢ فبراير ١٩٩٠، وحضرها ممثلون عن ثلاث وكالات متخصصة و٩ منظمات دولية حكومية و٢٩ منظمة غير حكومية ذا مركز استشاري لدى المجلس الاقتصادي والاجتماعي. وقد توصلت المناقشات إلى العديد من التوصيات ومنها:



تخفيض الطلب:

١- تنسيق بتبادل المعلومات فى شأن إعلام الرأى العام وتوعيته بشأن إساءة استعمال المخدرات بغية إعداد حملات محددة الهدف فى هذا الميدان بمشاركة وكالات متخصصة ذات صلة بكل من: مؤسسة الأمم المتحدة لرعاية الطفولة، ومنظمة العمل الدولية، ومنظمة الأمم المتحدة للتربية والعلوم والثقافية، ومنظمة الصحة العالمية، ومنظمات أخرى غير حكومية.

٢- إدماج نتائج القمة الوزارية العالية المعنية بالحد من الطلب على العقاقير المخدرة وبمكافحة خطر انتشار المخدرات.

٣- توفير الدعم التقني والعالي المناسب للبلدان المعرضة هياكلها الاجتماعية تعرضاً شديداً لخطر زيادة تعاطى العقاقير المخدرة. (محمد فتحى عيد، ١٩٩٢، ١٢٢ - ١٣٦).

وغيرها من المؤتمرات والندوات والتى تحاول بقدر الإمكان خلق حالة من التعاون والتنسيق بين العديد من دول العالم من أجل مكافحة العرض والحد من عرض ووفرة المخدرات فى سوق التعاطى.

ومن الجدير بالذكر أن النموذج المصرى فى مكافحة العرض يماثل إلى حد كبير النموذج البريطانى والذى بدأ كفعالية فى عام ١٩٦٩ بصدور أول قانون لتنظيم التعامل مع الأدوية الطبية، وكذا النموذج الأمريكى الذى بدأ عام ١٩٢٠ حين صدر قانون فولستيد Volistead act وتزامن معه قانون هاريسون للمخدرات Harison Narcotics act وهما القانونان اللذان دعما المحاذير الأخلاقية Moral exhortation السائدة ضد التعاطى وخلق حالة من (الكراهية) لتداول



انتشار المخدرات. (Lamarine، 1993).

والخلاصة: أن المحور الأول فى الوقاية من المخدرات، ونقصد به محور العرض، قد سار فى أربعة خطوط متشابكة هى: الجهود الأمنية والتى تمثلت فى إنشاء الإدارة العامة لمكافحة المخدرات، وكذا القانون والاتفاقات الدولية أو الثنائية، والمؤتمرات والصكوك الدولية. بيد أن القانون فى حد ذاته لا يكفى كخطة رادعة لمواجهة مشكلة المخدرات والتى تتميز بالتعقد والتشابك، ويجب أن يشترك مع كافة مسارات العرض العديد من الجهود الأخرى.

أما عن مكافحة الطلب وآلياته فهذا محور حديثنا فى الفصل السابق.

الفصل السادس

مكافحة الطلب

محتويات الفصل:

- التفرقة بين طبيعة الطلب ووظيفة الطلب.
- الوقاية: تعريفها – مستوياتها – إجراءاتها.

أ- الوقاية من الدرجة الأولى.

- تحديد الجماعات المستهدفة أو الهشة.
- الحالات تحت الإكلينيكة.

ب- الوقاية من الدرجة الثانية.

ج- الوقاية من الدرجة الثالثة.

«ليت الدول والحكومات تهتم بالوقاية قدرٍ
اهتمامها بسن القوانين ولوائح العلاج بدلاً
من الانتظار فى نهاية النفق للتعامل مع الفرد
المدمن».

المؤلف

لعل المحور الهام الآخر فى التصدى لمشكلة تعاطى المخدرات هو مكافحة الطلب، أى تقليل الجهود التى يبذلها الأفراد المتعاطين - أو الذين يريدون التعاطى - فى البحث عن المخدر وإيجاده، ذلك أن توافر المخدر قد يكون من أهم العوامل التى تساعد على (حب الاستطلاع) للتعاطى، أو الاستمرار فى التعاطى. (مصطفى سويف، ١٩٩٠).

ولذا يفرق أهل الاختصاص بين جانبين لهذا المفهوم هما:

أ- طبيعة الطلب:

ويقصد به الإشارة إلى مجمل ما نعنيه بأنماط التعاطى فى مجتمع ما، ومن أهم العناصر فى هذا الصدد:

- نوع المخدر.
- تكرار التعاطى.
- الجرعة أو المقدار الذى يتعاطاه الشخص فى المرة الواحدة.
- أسلوب أو طريقة التعاطى سواء بالتدخين أو البلع أو الاستنشاق.
- المدة أى عدد الشهور أو السنوات التى انقضت منذ بدأ الشخص يتعاطى.



- هل يتعاطى الشخص المادة المخدرة (التى يدمنها) بمفردها أم يضيف إليها مواد إدمانية أخرى.

ب- وظيفة الطلب:

ويقصد بالوظيفة الإشارة إلى الدوافع والأغراض التى تحرك شخصاً فيتعلق بطلب المخدر ويتعاطاه. (مصطفى سويف، ١٩٩٦، ١٩٣-١٩٤).

أما عن دوافع التعاطى فكثيرة، إذ وجد الباحث فى دراسة استطلاعية شملت مجموعة من المدمنين فى جمهورية مصر العربية والمملكة العربية السعودية أن الدوافع التى تدفع بالأفراد إلى التعاطى هى:

- مجاراة الرفاق.
- السفر إلى الخارج.
- الفراغ.
- الخلافات داخل الأسرة.
- الرغبة فى التجريب وحب الاستطلاع.
- البطالة.
- كثرة المال.
- المرور بأزمات نفسية مثل:
    - موت أحد الوالدين.
    - الفشل فى علاقات الحب.
    - الزواج.
    - القلق من الامتحان أو الرسوب فى الامتحان.
    - ضعف الوازع الدينى.
    - الرغبة فى التمرد وعدم التكيف مع المجتمع.

وفى دراسة مسحية للدوافع التى تدفع الأفراد إلى تعاطى المخدرات سواء فى البيئة العربية أو الأجنبية توصل الباحث إلى العديد من النتائج نبرزها فى:

أولاً: لكى يحدث الإدمان لابد من توافر العديد من العوامل سواء تلك الخاصة بالفرد أو المتعلقة بوفرة المخدر أو طبيعة المجتمع أو البيئة التى يعيش فيها الفرد.

ثانياً: اختلاف تأثير العوامل التى تقود إلى الإدمان من فرد إلى آخر.

ثالثاً: أخذ طبيعة المجتمع فى الاعتبار، فالسفر إلى الخارج وكثرة المال والاحتكاك بالعديد من الأجناس الأجنبية قد يكون من أحد أهم العوامل التى تقود إلى الإدمان فى المجتمعات الخليجية، فى حين أن الأمر قد يختلف تماماً فى المجتمع المصرى.

رابعاً: عدم الحديث عن المخدرات بمجموعها ككل والأخذ فى الاعتبار مراعاة التأثيرات الفارماكولوجيه والنفسية ووظائفها التى تؤدى للمتعاطى، ولذا نتفق مع ما أورده مصطفى سويف (١٩٩٦) فى هذا الصدد من ضرورة أن يكون الحديث عن مخدر واحد دون غيره، كأن نتحدث عن الهيروين مثلاً، أو إذا أردنا التوسيع فى هذا المجال فليكن عن فئة مشتقات الأفيون لا أكثر.

خامساً: أن الفرد الذى يندفع فى التعاطى إنما يكون ذلك مرتبط بالعديد من الأسباب والدوافع الداخلية مثل:

- الرغبة فى حب الاستطلاع.
- القلق والتوتر.
- الاكتئاب.
- انخفاض تقدير الذات.
- المعاناة من بعض الآلام الجسدية.



- الرغبة فى جلب السرور.
- الرغبة فى زيادة القدرة الجنسية.
- الرغبة فى مجاراة أو مجاملة الأصدقاء.
- الرغبة فى إظهار الرجولة.
- ضعف الوازع الدينى والأخلاقى.
- وجود بعض الأفكار غير العقلانية المرتبطة بتعاطى المخدرات مثل:
  - الاستقلال أو النضج.
  - مظهر من مظاهر الرجولة (ولعل الكثير من أفلام السينما والمسلسلات تؤكد هذا التوجه).
  - زيادة القدرة الجنسية (نتيجة افتقاد المتعاطى إلى الإدراك الحقيقى للزمن).

أما عن الدوافع الخارجية فتكون:

- بيئة أسرية مفككة ومتصدعة.
- عدم وجود نماذج أسرية - أو حتى مجتمعية - يقتدى بها.
- تأثير الأصدقاء.
- المال الكثير.
- البطالة.
- الفراغ.
- كثرة الإحباطات وما تولد فى النفس من آثار (فى الغالب تكون سلبية وتدفع الفرد إلى البحث عن العلاج الذاتى بواسطة المخدرات).
- غياب الأب وسفره المستمر.
- غياب الرقابة الأسرية الفاعلة.



- كثرة الضغوط سواء فى الدراسة أو العمل.
- العلاقات السيئة مع الأخرين المحيطين به.

وهكذا تتعدد الدوافع التى تقود الفرد إلى التعاطى. (محمد حسن غانم، ٢٠٠٥- أ، ٣٥-٥٢).

وتسير إجراءات خفض الطلب - كاستراتيجية عملية - فى الإجراءات الآتية:

أولاً: الوقاية:

الوقاية فى اللغة مشتقة من الفعل وقى، وقاه الله من كل سوء، ومن السوء وقاه، ووقاه توقيه، وفى مثل (الشجاع موقى) واتق الله حق تقاته، وتقواه وقيه تقيا تصغير تقوى، ومن عصى الله لم تقه منه واقية، وعلى فلان واقيه كواقية الكلاب، وهذا وقاء له ووقاية لما يوقى به الشيء. (الزمخشرى من خلال جمعة سيد يوسف، ٢٠٠٣، ص٣٢).

وقدورد اللفظ ومشتقاته فى مواضع كثيرة فى سور القرآن الكريم يصعب حصرها فى هذا السياق ومنها قوله تعالى: (وَمِنْهُم مَّن يَقُولُ رَبَّنَآ ءَاتِنَا فِي ٱلدُّنْيَا حَسَنَةً وَفِي ٱلْآخِرَةِ حَسَنَةً وَقِنَا عَذَابَ ٱلنَّارِ) (البقرة: ٢٠١).

وكذلك قوله تعالى: (وَقِهِمُ ٱلسَّيِّـَٔاتِ ۚ وَمَن تَقِ ٱلسَّيِّـَٔاتِ يَوْمَئِذٍ فَقَدْ رَحِمْتَهُۥ ۚ وَذَٰلِكَ هُوَ ٱلْفَوْزُ ٱلْعَظِيمُ) (غافر: ٩)، وقوله تعالى أيضاً: (فَٰكِهِينَ بِمَآ ءَاتَىٰهُمْ رَبُّهُمْ وَوَقَىٰهُمْ رَبُّهُمْ عَذَابَ ٱلْجَحِيمِ) (الطور: ١٨) إلى أخر العديد من الأيات الكريمة والأحاديث النبوية الشريفة التى تناولت الوقاية مثل قول الرسول صلى الله عليه وسلم: "اتقوا الله ولو بشق تمرة". (جمعة سيد يوسف، ٢٠٠٣، ٣٤ - ٣٥).

ويشير مصطلح الوقاية إلى أى فعل مخطط، تقوم به تحسباً لظهور مشكلات معينة، أو مضاعفات لمشكلة كانت قائمة أصلاً، وذلك بغرض الإعاقة الجزئية أو الكاملة للمشكلة، أو لمضاعفاتها، أو للمشكلة والمضاعفات معاً. (مصطفى سويف، ١٩٩٦، ١٩٥).



مستويات الوقاية:

اعتادت الأدبيات فى هذا الصدد تقسيم الوقاية إلى ثلاث مستويات، كل مستوى يعكس تعاملاً معيناً مع المشكلة.

أولاً: الوقاية من الدرجة الأولى Primary Prevention:

ويكون هدف هذا النوع من الوقاية هو الإعاقة الكاملة لظهور المشكلة، أى منع وقوع التعاطى من الأساس. وعلى الرغم من أن التدابير لهذا المنع ليس بالأمر اليسير فإن هناك مجموعة كبيرة من الحقائق العلميةكشفت عنها سلسلة الدراسات الوبائية التى أجراها البرنامج الدائم لبحوث تعاطى المخدرات، ويمكن الاستفادة من نتائجها فى التخطيط والتدبير لبرامج الوقاية الأولية. (هند سيد طه، ١٩٩٤).

ويمكن تحديد إجراءات الوقاية من الدرجة الأولى من خلال:

تحديد الجماعات المستهدفة أو الهشة:

ويقصد بالجماعات المستهدفة أو الهشة جماعات محدودة داخل المجتمع الكبير يرتفع فى حالتها - أكثر من المعتاد - احتمال تورط أفرادها في الإدمان، ولا يعنى ذلك أن هؤلاء الأفراد سوف يدمنون المخدرات حتماً، ولكن يعنى فقط أن احتمال الإدمان فى حالتهم سوف يكون أعلى منه مقارنة بسائر الجماعات الفرعية التى يضمها المجتمع، ويسهم فى ارتفاع الاحتمال المشار إليه عدة عوامل، ويعد تحديد هذه العوامل واحداً من الاهتمامات الكبرى للباحثين فى شتى أنحاء العالم. ومن أهم العوامل التى يشير إليها عارف Arif وويستر ماير Wester Meyer هى:

أ- وجود تاريخ للإدمان فى الأسرة.

ب- الانهيار الأسرى.

ج- الدخل المنخفض.

د- ضعف الوازع الدينى.



هـ- اختلال الانضباط فى الأسرة.

و- تدخين السجائر قبل سن ١٢ سنة.

ز- مصادقة أقران السوء (مدمنين فى الغالب أو يدخنون).

ح- ظروف سيئة فى بيئة العمل. (لجنة المستشارين العلميين، ١٩٩١، ١٦٤-١٦٥).

وهذه الجماعات المستهدفة أو الهشة للوقوع فى التعاطى بنسبة احتمالية أكبر من غيرهم قد كشفت عنها العديد من الدراسات الوبائية - ومن خلال عينات كبيرة متنوعة - قد وقفت على العديد من العوامل مثل:

١- التعرض لثقافة المواد النفسية:

حيث وجد ارتباط إيجابى قوى بين تعرض الشباب لثقافة المواد النفسية وارتفاع احتمال إقبالهم على تعاطى هذه المواد، وأن هذا التعرض يمتد من مجرد (السماع عن) هذه المادة النفسية أو تلك إلى الرؤية المباشرة لها، أى أن يكون للشخص أصدقاء يتعاطونها، وأخيراً أن يكون للشخص (أقرباء يتعاطون) هذه المواد.

وبالتالى يمكن الاستفادة من هذه الحقيقة فى أن نطلب من واضعى برامج الوقاية الأولية النظر فى أمر معالجة هذا الموقف بالصورة المناسبة، فإما ابتكار صيغ تؤدى إلى خفض التعرض، من خلال النظر فيما يطرح عبر وسائل الإعلام والتأكيد على ضرورة (الترشيد) أو (التقليل قدر الإمكان) من عرض المواد المخدرة، وإما إعداد برامج للتحصين السلوكى Behavioral Inoculation ضد الآثار السيئة لهذا التعرض.

٢- تدخين السجائر:

حيث أوضحت العديد من نتائج الدراسات الوبائية أن هناك ارتباطاً وثيقاً بين تدخين السجائر وارتفاع احتمال الإقبال على تعاطى



الأنواع المختلفة من المواد النفسية، حيث بلغت نسبة مدخنى السجائر (بين طلاب الثانوى العام) على مستوى الجمهورية وبين متعاطى المخدرات الطبيعية ٣٤,٦٠٪ فى مقابل ٧,٦٤٪ بين غير المتعاطين، وأن نسبة مدخنى السجائر بين متعاطى الأدوية النفسية ٢٩,٧٪ فى مقابل ٩,٦٣٪ بين غير المتعاطين، وبلغت نسبة المدخنين بين شاربى الكحوليات ٢٦,٠٨٪ فى مقابل ٦,٣٧٪ بين غير الشاربين، ولذا يمكن الاستفادة من هذه النتيجة عند إعداد برامج الوقاية الأولية كأن تعطى أولوية لتوعية النشء فى سن مبكرة بالمضار الصحية والنفسية المترتبة على تدخين السجائر.

٣- ارتفاع حجم المصروف الشهرى للطالب:

حيث أمكن الكشف عن وجود ارتباط إيجابى قوى بين حجم المصروف الشهرى الذى يحصل عليه الطالب وارتفاع احتمال إقباله على تعاطى الأنواع المختلفة من المواد النفسية.

ولذا فإن ارتفاع حجم المصروف الشهرى يعد مؤشراً ينبىء بارتفاع احتمال الإقبال على التعاطى وبالتالى يصنف صاحبه ضمن ما نسميه بالجماعات المستهدفة أو الهشة أو التى يمكن التنبؤ باحتمال تورطها فى تعاطى المخدرات وبنسبة أعلى من الجماعات الفرعية الأخرى داخل سياق المجتمع.

٤- الانحرافات السلوكية:

حيث توصلت الدراسات الوبائية إلى ارتباط وثيق بين الانحرافات السلوكية وارتفاع احتمال الإقبال على التعاطى عموماً، وأن نسب مرتكبى هذه الانحرافات السلوكية المختلفة (هروب من المدرسة - شجار مع المدرس أو الوالدين - سرقة - متاعب مع الشرطة.... الخ). من المتعاطين تفوق بدرجة جوهرية النسب المناظرة لها بين غير



المتعاطين. (هند طه، ١٩٩٤، ٢٣١-٢٤٢).

ومن الجدير بالذكر أنه توجد العديد من العوامل التى تقود إلى الاستهداف للتعاطى أبرزتها العديد من الدراسات الوبائية المصرية. (Souif, et al, 1982; 1982b).

٥- الحالات تحت الإكلينيكة:

وهى الحالات التى تكشف عن أشكال أو درجات معينة من الاضطرابات أو الأمراض التى لا ترقى أن تشخص بأنها أعراض إكلينيكية تضعهم فى عداد المرضى، ولكنها لا تتركهم ليحسبوا فى عداد الأسوياء، وتؤكد بعض الدراسات الميدانية أن نسبة منهم يمكن أن تكون تربة خصبة لظهور أنماط مختلفة من الإدمان والذى يخدم وظيفة محددة بالنسبة لها، هى التداوى أو التطبيب الذاتى. ويشير التقرير الاستراتيجى للجنة المستشارين العلميين إلى أن عيادة الصحة المدرسية يمكن أن تساهم فى التشخيص المبكر لهذه المحاولات ومن ثم تقديم الخدمة النفسية لحمايتهم من الانزلاق فى طريق الإدمان. (لجنة المستشارين العلميين، ١٩٩٢).

إضافة إلى طرق أخرى تساعد فى اكتشاف حالات التعاطى المبكر مثل:

- التورط فى مخالفات المرور على الطرق السريعة.
- حالات القبض على الأشخاص (خاصة صغار السن) لارتكابهم جرائم مثل النشل، والسرقة، والضرب.
- حالات الانضمام إلى النوادى والفرق الرياضية.
- حالات التقدم للالتحاق بالمعاهد العليا والجامعات.
- حالات التقدم للالتحاق بوظائف مثل خدمة الطيران. (أحمد عكاشة، ١٩٩٤، ٢٣٢).

وعموماً فإن الدراسات الوبائية وغيرها قد انتهت إلى مجموعة من الحقائق يجب الاستفادة منها فى هذا الصدد وهى:

أ- لا معنى لتوجيه أى برامج تدور حول الوقاية الأولى إلى رجال تقع أعمارهم فوق الثلاثين ولم يتعاطوا أية مواد نفسية.

ب- أفضل عائد يمكن تحقيقه من برامج الوقاية يتم إذا ركزنا توجيه هذه البرامج على الشباب الذكور فى سن ما بين ١٦-١٩ سنة.

ج- غالبية الشباب الذين يقدمون على تجريب تعاطى المواد النفسية - أياً كانت - يتوقفون بعد فترة وجيزة، وأن نسبة من يواصلون التعاطى نسبة محدودة تتراوح غالباً ما بين ١٠٪ و ٣٥٪ بمتوسط عام مقداره ٢٥٪ تقريباً من المجرمين، وهى نتيجة ثابتة بالنسبة لجميع المواد النفسية ولجميع الشرائح الاجتماعية التى درست.

د- هناك نسبة بين المتعاطين يمكن أن تتعاطى هذه المواد النفسية، حيث تراوحت النسبة من ٢٪ إلى ١٠٪ وهم الذين أبدوا استعدادهم للتعاطى إذا سمحت الظروف، ومعنى ذلك أن هذه النسبة من التلاميذ والطلاب يمكن إدخالها فيمن نسميهم بالجماعات الهشة أو المعرضة للتعاطى.

هـ- وجود العديد من الأفكار الشائعة (غير العقلانية) عن المواد النفسية مثل التوصل إلى نتيجة خلاصتها أن أكثر من ١٠٪ من عينة تلاميذ المدارس الثانوى يعتقدون أن تناول الأدوية النفسية مفيد حتى وإن تم ذلك بدون (إذن طبى).

و- وجود ارتباط قوى بين تعرض الشباب لعدد كبير من المؤثرات النفسية والاجتماعية المتصلة من قريب أو بعيد بموضوع المواد النفسية، وبين إقبال هؤلاء الشباب على التعاطى، ولذا يجب التفكير فى إجراءات جادة لخفض تعرض الصغار والناشئة لما يعرف باسم (ثقافة المخدرات) حتى لا نعجل بإثارة دافع حب الاستطلاع.

(جمعة سيد يوسف، ٢٠٠٣، ١٠؛ محمد حسن غانم، ٢٠٠٥ب؛ محمد حسن غانم، ٢٠٠٧).

ثانياً: الوقاية من الدرجة الثانية Secondary prevention:

ويقصد بها التدخل العلاجي المبكر بحيث يمكن الوقاية من التمادى فى التعاطى والوصول به إلى مرحلة الإدمان وكل ما يترتب على مرحلة الإدمان من مضاعفات، وبالتالى تصبح المشكلة الأساسية فى هذا المستوى هى كيفية الكشف عن وجود حالات التعاطى المبكر حتى يمكن التدخل المبكر فى الوقت المناسب. (أحمد عكاشة، ١٩٩٤)، (لجنة المستشارين العلميين، ١٩٩١).

وهناك العديد من العلامات التى تعزز احتمال تعاطى المواد النفسية بصفة عامة وهى:

١- الانطواء والانعزال عن الآخرين بصورة غير معتادة.
٢- الإهمال وعدم الاهتمام أو العناية بالمظهر الخارجي.
٣- الكسل الدائم والتثاؤب المستمر.
٤- شحوب الوجه والعرق والرعشة فى الأطراف.
٥- فقدان الشهية والهزال والإمساك.
٦- الإهمال الواضح فى الأمور الذاتية، وعدم الانتظام فى الدراسة أو العمل.
٧- الهياج لأقل سبب بما يخالف طبيعة الفرد المعتادة.
٨- إهمال الهوايات الرياضية أو الثقافية (التى كان الشخص يؤديها قبل تورطه فى التعاطى حتى وإن كان التعاطى فى البدايات الأولى).
٩- اللجوء إلى الكذب والحيل الدفاعية الخادعة للحصول على مزيد من المال (لشراء المخدرات).



١٠- اختفاء أو سرقة بعض الأشياء الثمينة من المنزل دون اكتشاف السارق، حيث يلجأ المدمن إلى السرقة من أجل الحصول على المال اللازم لشراء المادة التى أدمنها. (أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ٤٩٨).

وقد يلجأ إلى القتل أو السرقة أو ارتكاب أى جريمة من أجل الحصول على المال لشراء المخدر، فإذا اشترى المخدر لم ينتهى القلق لديه لأنه يتعاطى من الكميات التى اشتراها فتنقص مع الأيام، وكلما نقصت زاد القلق حتى تنتهى الكمية المخدرة فيلجأ مرة أخرى إلى أى أسلوب احتيالى أو إجرامى لتوفير المال من أجل شراء المخدرات وهكذا.

ويقدم لنا مونرو (١٩٩٢) ستة عناصر أساسية يتم فى ضوئها النظر إلى المشكلة وكيفية التعامل معها - خاصة تلك المشاكل المترابطة مع الإدمان - وهى:

١- احتمال أن تتواجد عناصر المخاطرة للإدمان بدرجة كبيرة سواء فى الاضطرابات النفسية المصاحبة للإدمان سواء أكانت هذه المشاكل تُصنف وتُشخص فى المحور الأول أو الثانى الخاص باضطرابات الشخصية ووفقاً للتشخيص الأمريكى الإحصائى الرابع. (DSM IV، 1994) مثلاً.

٢- أن تقدم برامج علاجية وتأهيلية مناسبة للمدمنين الذين يعانون من اضطرابات نفسية مصاحبة لإدمانهم.

٣- أن تفسر الاضطرابات النفسية كنتيجة للإدمان.

٤- حدوث بعض الاضطرابات النفسية أثناء التعامل مع الأعراض الانسحابية with drawal symptoms.

• ٥- تواجد كل من الاضطرابات النفسية والتعاطى فى وقت واحد، وأن يستمر ذلك ومعا لفترة طويلة.

٦- تواجد كل من الاضطرابات النفسية والتعاطى معاً لدى الأشخاص دون وجود أى علاقة بينهم. (Monro، A، 1992: 232-240).

وعموماً فإن العديد من المدمنين قد يعانون من المشكلات الآتية:

- القلق الشديد.
- الاكتئاب.
- نقص المهارات الاجتماعية.
- عدم القدرة على حل المشكلات.
- نقص فى توكيد الذات.
- الاعتمادية والسلبية.
- المخاوف الاجتماعية.
- العجز عن اتخاذ القرارات.
- عدم القدرة على تحمل المسئولية.
- عدم القدرة على التعبير عن الغضب.
- الإحساس بالدونية.

وغيرها من المشاكل والتى قد نجد واحدة من هذه المشاكل – أو غيرها – أو أكثر من مشكلة يعانى منها المريض المدمن،وبما أن دوافع المتعاطى تكون متعددة ومختلفة إذن لابد من الأخذ فى الاعتبار تعدد الأسباب النفسية والاجتماعية الدافعة إلى التعاطى.

والأخصائى الاجتماعى قد يتوصل بدوره إلى تشخيص العديد من المشاكل الاجتماعية للمتعاطى مثل:

١- موقف الأسرة من المتعاطى فى الوقت الراهن، هل هو الرفض أم الطرد أم النبذ أو التقبل والمساندة.

٢- الفرص التى منحتها الأسرة للمتعاطى وأسباب انتكاسته فى كل مرة، وبالتالى مزيد من التدهور فى ثقة الأسرة به.

٣- واقع المتعاطى فى الوقت الراهن فيما يتعلق بالعمل، وهل فصل من العمل، أم أن هناك محاولات لإلحاقه ببعض الأعمال الخاصة.

٤- واقع الحالة الاجتماعية للمتعاطى، وهل وصلت الخلافات إلى الطلاق، وما موقف الأبناء منتعاطيه فى الوقت الراهن.

٥- تأثير شبكة العلاقات الاجتماعية على تعاطيه أو انتكاسته، أو استمرار تعاطيه.

٦- مدى استعداد الأسرة فى تقبله، ومدى استعدادها للمشاركة فى خطوات العلاج والتأهيل، ذلك لأنه على سبيل المثال قد ذكرت العديد من المراجع وديناميات الأسرة، والأدوار التى يمكن أن تساهم من خلالها فى تأهيل المتعاطين، وخاصة ما أكد عليه سلفادور مينوشن Slvador Minuchin وجاى هالى (1990) Jay Haly حيث أن الإدمان قد يقود إلى عدم تكيف أعضاء الأسرة، وإلى خلل فى شبكة العلاقات والاتصالات الاجتماعية بين الأفراد (879-David. J.et al، 1991، 822) ولذا يجب أن تشارك الأسرة فى مراحل التعافى (Revised. E، 1987) بل يمكن استخدام الأنساق الأسرية كمدخل علاجى. (Payan، M، Th .(omas.C.T،1991Marc.G،1994،1991

(فتحى عبدالواحد أمين، ١٩٨٩؛ سوسن عثمان عبداللطيف، ١٩٨٨، ص ص ١١-٤٠؛ مديحة مصطفى فتحى، ١٩٨٨، ص ص ٢٣٣ - ٢٩٤).

وبعد تحديد مشاكل تعاطى المخدرات نبدأ بوضع مجموعة من الأهداف والخطط لكيفية التعامل مع مشاكله عن طريق تقسيم التعامل مع كل مشكلة إلى:

أولاً: أهداف بعيدة المدى: وتكون كالآتى:

- الاعتراف بأنه مدمن وشروعة فى المشاركة فى برنامج خاص بالتعافى.
- والتوصل إلى تعاف مستمر والبعد عن استعمال كافة أنواع المواد المخدرة.
- التوصل إلى الامتناع التام والاستمرار فيه مع زيادة معلوماته عن طبيعة المرض وطبيعة أن يحافظ على أسلوب حياته بلا مخدرات.
- تحسين نوعية حياة متعاطى المخدرات بالمحافظة على التعافى.

ثانياً: الأهداف متوسطة المدى:

- التعرف على الآثار السلبية للتعاطى والتى أثرت على حياته.
- أن يوضح له المعالج الآثار الإيجابية للإقلاع والتعافى.

ثالثاً: الأهداف قريبة المدى:

- اكتب له خطة للتعامل مع المشكلة.
- حدد وجهة نظر المدمن/المريض فى المشكلة.
- حدد العوامل التى تساعد على الانتكاسة.
- اشرح للمريض التغيرات الأساسية التى يحتاج إلى إدخالها فى حياته.
- حدد نوع ومصادر دعم الامتناع المتوفرة فى الوقت الحاضر. (آرثر. ى. جونجسما، له مارك بيترسون، ١٤٩٩٧، ٢٩-٣١).

وقد قدم الباحث نموذجاً لكيفية التعامل مع حالة إدمانية كانت

تعانى من المشاكل الآتية:

- الاعتماد على المخدر كنمط للحياة.
- الخجل.
- عدم توكيد الذات.
- الاكتئاب ومشاعر الذنب.
- اضطرابات جنسية أخذت شكلين منحرفين هما:
  - جنسية مثلية سلبية.
  - تعلق جنسى بالمحارم.
- القلق والتوتر المرتبط بالمواقف الاجتماعية (الفوبيا الاجتماعية). (محمد حسن غانم، ٢٠٠١، ٢٩٣).

وبعد خطوة تحديد المشاكل نبدأ فى وضع تصور للبرنامج العلاجى والذى يجب أن يتناسب مع طبيعة وحجم المشكلة وطبيعة التدريب الذى تلقاه الإخصائى النفسى الإكلينيكى فى هذا الصدد.

فعلى سبيل المثال تم التعامل مع مشاكل المريض السابق الإشارة إليها، من خلال استخدام العديد من الفنيات العلاجية مثل: العلاج النفسى التدعيمى، العلاج النفسى السلوكى (أسلوب الاسترخاء العضلى، أسلوب توكيد الذات)، العلاج العقلانى/الانفعالى، مع الأخذ فى الاعتبار أن هذا البرنامج العلاجى قد استمر ما يزيد عن أربعة أشهر داخل المستشفى، وثلاثة أشهر متابعة من خارج المستشفى من خلال وحدة الرعاية اللاحقة OPD (محمد حسن غانم، ٢٠٠١، ٢٧٨ - ٣٠٦).

وإذا كان متعاطى المخدرات - فعلاً - يعانى من مشكلة القلق فيجب تدريبه على كيفية التعامل مع القلق، وأن تكون الفنيات تلك وسيلة من الوسائل التى يلجأ إليها فى أسلوب حياته العادية ومن خلال تصميم برنامج معين.

وإذا كانت المشكلة تتمثل فى عدم القدرة على حل ما يواجهه من مشكلات

أو اتخاذ القرار ذلك لأن ستونر وونكر - على سبيل المثال - يريان أن حل المشاكل واتخاذ القرار عمليتان متلازمتان وتسيران وفق نموذج يتواصل عبر أربع مراحل هي:

- تحديد المشكلة.
- وضع أكبر قدر من بدائل الحلول (لأنه لا يوجد حل واحد ونهائى ومتفق عليه لأية مشكلة).
- التقويم أو المفاضلة بين البدائل واختيار الأفضل.
- الشروع فى تنفيذ البديل المختار ومتابعة تنفيذه.

(Kim, et al., 1998) (Botvin, 1998) (Stoner & Wankler, 1986).

والخلاصة أن أمام الأخصائى النفسى الإكلينيكى العديد من البدائل العلاجية والتأهيلية والتى يجب أن تتناسب مع الحالة التى يعالجها، وإذا كانت سلوكيات التعاطى قد تمكنت من الشخص. وترسخت لدى المتعاطى فليس من الصعوبة التعامل معها، وإن الأمر يقتضى قدراً من التعاون بين الفريق العلاجى والمتعاطى، وعلى المعالج أن يختار الطريقة العلاجية التى تتفق وحالة المتعاطى (مصطفى سويف، ١٩٩٦، ٢٢٧-٢٣٠).

الوقاية من الدرجة الثالثة Tertiary Prevention

وهى مرادفة للعلاج Treatment ويقصد به جميع إجراءات التدخل الطبى والنفسى والاجتماعى التى تؤدى إلى التحسن الجزئى أو الكلى للحالة مصدر الشكوى أو للمضاعفات الطبية والطبية النفسية المصاحبة (لجنة المستشارين العلميين، ١٩٩٢).

وإن المتتبع لما يكتبه المتخصصون فى علاج الإدمان يؤكدون على مجموعة من الحقائق التى يجب أخذها فى الاعتبار إذا أردنا العلاج الحق للإدمان وما يتعلق به من قضايا واستشكالات مثل:



١- أن الأمر المؤكد أنه لا توجد شخصية إدمانية واحدة، وإن مدمنى المخدرات ومدمنى الكحوليات مجتمعات غير متجانسة بشكل واضح، وبالتالى لا يجب أن (نصب) كل مدمن فى قالب علاجى (واحد).

٢- أن العديد من الأبحاث قد أكدت أن المخدر الذى يعتمد عليه الشخص قد اختاره لتأثيراته الطبية أو العلاجية، فعلى سبيل المثال تستخدم المخدرات المنبهة بكثرة لخفض القلق والاجتماعى، وإن مدمنى مشتقات الأفيون ربما يستخدمون المخدر لكى يمكنهم من التعامل مع حالات الحزن والكدر المرتبطة بمشاعر العداء والعدوانية، وبالتالى فإن استخدام المخدر كعلاج يقتضى أن نضع فى الاعتبار ضرورة وضع برنامج مناسب يتجه نحو علاج المشكلات الكامنة خلف الإدمان.

٣- لابد من الوقوف على معتقدات واتجاهات الشخص تجاه المخدرات أو الكحوليات، ويتعين هنا - على أعضاء الفريق العلاجى للإدمان - أن يكتشفوا معاً المعنى الاجتماعى والنفسى لتعاطى هذا المخدر تحديداً، ذلك أن إنكار أو تجاهل إدراكات متعاطى المخدرات حول استخدامه للمخدر يؤدى إلى تفجر المقاومة أو العداء من جانب المستخدم، إضافة إلى إمكانية التأثير فى جهود المعالجين.

٤- لابد من الأخذ فى الاعتبار - عندما يتقدم المتعاطى للعلاج - ضرورة إثارة هذه التساؤلات والإجابة عنها: لماذا فكر متعاطى المخدرات فى العلاج؟ ولماذا هذا التوقيت تحديداً؟ وبأى شكل يشعر متعاطى المخدرات أنه أفضل أو مختلف: عندما يتعاطى أو يتوقف؟ وما هى مخاوفه حينما يتوقف؟ لأن العديد من المدمنين لا يقدم على العلاج خوفاً من آلام الأعراض الانسحابية - حتى وإن كان بها قدر من المبالغة - ولا شك أن الوقوف على مثل هذه التساؤلات من متعاطى المخدرات (على أساس أنه صاحب القضية أولاً وأخيراً هام جداً). (محمد حسن غانم ٢٠٠٠).

٥- ضرورة تحديد الظروف المحيطة بالشخص ومقدار مسئوليتها عن الإدمان وفشل العلاج وبالتالى كثر الانتكاسات، وبالتالى لا نستطيع أن نتحدث - لا فى الحاضر ولا فى المستقبل - عن إمكانية وجود نموذج واحد للعلاج يطبق بلا استثناء على جميع المدمنين، بل الأقرب إلى التفكير المنطقى والنظرة العلمية الموضوعية أن نذكر بضرورة تفصيل برنامج علاجى طبقا لاحتياجات الفرد، وإذا كانت العبارة تبدو بسيطة ولا تثير جدلاً أو خلافاً إلا أنها إذا طبقت بطريقة إكلينيكة سليمة فسوف تقتضى العديد من الجهود والتعاون بين كافة أعضاء الفريق العلاجى، بل العديد من مؤسسات المجتمع المعنية بمشكلة الوقاية والعلاج والتأهيل للإدمان.

٦- أن يكون التقييم شاملاً للفرد، وأن يحدد هذا التقييم:

- حجم وطبيعة المشكلة.
- مدى معاناة الفرد من أية اضطرابات نفسية أو عقلية.
- هل هذه الاضطرابات - إن وجدت - كانت سابقة أو مصاحبة أو ناتجة عن الإدمان.
- ما دوافع الشخص - هنا تحديداً - للتعاطى.
- ولماذا هذا المخدر بالضبط وتاريخه معه.
- ما حجم المشكلات الاجتماعية التى ترتبت على الإدمان.
- مرات التردد للعلاج والدافع فى كل مرة.
- مرات الانتكاسات والدافع فى كل مرة.
- طبيعة الظروف الداعمة أو الضاغطة فى بيئة الشخص. وغيرها من التساؤلات التى يجب أن يتخصص كل عضو من أعضاء الفريق العلاجى فى تشخيصها ووضع خطة علاجية مناسبة ومتكاملة لها.

٧- أن التوقف عن التعاطى لا يجب أن يكون هدفاً فى حد ذاته، بل لابد من وضع محكات للتعافى من تعاطى المخدرات، ذكرها العديد من الباحثين (ومنهم بايتسون) والذى ركز على:

أ- الامتناع الإرادى عن التعاطى (فى مدمنى الكحوليات) - كمثال - وهو يمثل جميع متعاطى المخدرات والكحوليات بالطبع) ليس هدفاً فى حد ذاته، بل لابد من تحقيق تحسن فى الجوانب الانفعالية الآتية:

- تحسن فى حالات الانفعالات الحادة.
- تحسن فى العلاقة بين الشخص والآخرين.
- تحسن فى أدائه للعمل.
- تحسن فى حالته الصحية والجسمية.

ب- أن الامتناع الإرادى لا يرتبط بالضرورة بالتحسن فى المجالات الأخرى للحياة الصحية، إذ قد يرتبط الامتناع الإرادى بالتدهور الوظيفى فى هذه المجالات الأخرى.

ج- بينما لا يمتنع بعض المدمنين إرادياً إلا أنهم يظهرون تحسناً عاماً فى كل مجالات الحياة. (Patison, 1967).

٨- أن التدخل الطبى وتخليص الجسم من آثار الإدمان إننما يعد من أسهل الأمور فى برنامج إعادة التأهيل الشامل للمدمن، واقتصار الفهم حول هذا المحور فقط إنما يعد (تخلفاً) فكرياً إزاء هذه القضية المتشعبة، لدرجة أن أحد المدمنين قد قال لى (معلقاً) على التدخل الطبى فقط: "ماذا الأمر بهذه السهولة - يقصد العلاج - فلماذا لا أعاود الإدمان ثم العلاج ثم الانتكاس وهكذا إلى ما شاء الله؟".

٩- أن يعى كل عضو من أعضاء الفريق العلاجى، أو مؤسسات المجتمع المعنية بالوقاية والعلاج وإعادة التأهيل لمتعاطى المخدرات، أن نعرف



أن العلاج فى العادة يمر بأربع مراحل هى:

أ- مرحلة التجاهل Plation Presented أى عدم إدراك الشخص متعاطى المخدرات لأضرار الإدمان بالرغم من أن المحيطين به يعلمون الأضرار.

ب- مرحلة النية أو العزم Plation Contem ويقصد أن الشخص قد أدرك خطورة الإدمان و(ينوى) أن يقلع ولكن لم يتخذ قراره بعد.

ج- مرحلة الفعل Action وهو الذهاب فعلاً إلى العلاج.

د- مرحلة الاستمرارية فى التعافى Maintenance Recovery والبعد عن كل ما يثير الانتكاس مرة أخرى.

.(Prochaska and Diclement، 1986، p:390)

وأن المراحل الأربعة أيضاً تثير العديد من الاستشكالات مثل:

- وجود فروق بين الأفراد فى كل مرحلة.
- قد يقف الفرد عند مرحلة بعينها ولا يتعداها.
- قد يتراوح الشخص بين المرحلتين (الأولى والثانية) أو (الثالثة والرابعة).

١٠- ضرورة الأخذ فى الاعتبار أن الانتكاسة Relapse هى جزء أساسى من قضية الإدمان، ولذا فإن المتابع لأدبيات جماعات متعاطى المخدرات - الكحول والمخدرات - المجهول A.A و N.A وغيرها من جماعات المساندة الذاتية يؤكدون أنه لا يوجد تعاف تام، وإن الإدمان مرض (عنيد/مراوغ) يمكن أن يجر الشخص إلى التعاطى مرة أخرى وتحت دعاوى يبررها الشخص لنفسه من قبيل: "أن كأس واحد لن يضر"، ولذا يجب أن ندرب متعاطى المخدرات (الناقه) على العديد من الأساليب المهارية، ونشغله بكل



ما هو مفيد حتى نملأ الفراغ الذى تركه الإدمان وما ارتبط به من طقوس وسلوكيات.

١١- أن التوقف عن التعاطى يكون مصحوباً بالعديد من مظاهر القلق والمخاوف مثل: الخوف من عملية التعافى نفسها إذ لا يبدو التعافى فى نظر مدمنين عديدين وكأنه نعمة بل يبدو وكأنه خطر يتهددهم، ونعنى أيضاً الخوف من إفشاء بعض أسرار الأسرة، ومخاوف من الأعراض الانسحابية، والخوف من المعاناة الجسمية والنفسية، والخوف من الكلام فى مجموعات التعافى فى أثناء جلسات العلاج الجمعى، وخوف الشخص من أن يكشف نفسه، والخوف من ممارسة الجنس بدون استعمال خمر أو خمر، والخوف من انتهاء العلاج، والخوف من الاختلاط بالآخرين دون مخدر، والخوف من خلق انطباع سيىء عند الغير بدون استخدام المخدر (جبيل روزيللينى ومارك ووردن، ١٩٩٦). ولذا يجب على كل عضو من أعضاء الفريق العلاجى فهم ذلك، وأن يعى متعاطى المخدرات ذلك.

تلك كانت من وجهة نظرنا - من خلال التجربة العملية مع المدمنين، ومن خلال إطلاعنا على العلاج الحق وإعادة التأهيل للمدمنين - الحقائق الإحدى عشرة والتى يجب أن يعرفها كل عضو من أعضاء الفريق العلاجى الذى يتعامل مع الإدمان والمدمنين.

خطوات إعداد البرنامج التأهيلى لمتعاطى المخدرات:

لكى نتعامل مع مشاكل متعاطى المخدرات بصورة علمية وموضوعية فإن ذلك يتم من خلال برنامج تأهيلى لابد أن يشتمل على الخطوات الآتية:

١- المعلومات الأساسية اللازمة لإعداد البرنامج:

لابد أن تتوافر لدى القائم بتصميم البرنامج (مجموعة من المعارف والمعلومات والبيانات) وفى حالاتنا تلك يجب أن تتوافر المعلومات الآتية عن:



- نوع المخدر أو المادة النفسية الأكثر استخداماً.
- الأنماط السائدة للتعاطى فى المجتمع.
- التكرار (كم مرة فى وحدة زمنية معينة ولتكن أسبوع مثلاً).
- المدة (عدد الشهور أو السنوات منذ بدء التعاطى حتى الآن).
- دوافع العلاج، وهل تم بالإجبار أو بالاختيار، عدد مرات التردد للعلاج.
- الأسباب التى تؤدى إلى الانتكاس عقب المرور بتجربة العلاج.
- الأهداف التى نسعى إلى تحقيقها.

٢- الخلفية النظرية وفرص التدريب اللازمة للقائمين على برامج التأهيل:

لابد من توافر خلفية نظرية أساسية للأشخاص الذين يعملون فى مجال التأهيل النفسى/الاجتماعى لمتعاطى المخدرات مثل:

- دراساتهم الأكاديمية.
- فرص التدريب التى أتيحت لهم.
- اتجاهاتهم نحو التعاطى والمتعاطين.
- توافر درجة لا بأس بها من السواء لديهم.
- درجة دافعيتهم للعمل فى برامج التأهيل.

٣- إعداد البرنامج:

ويشتمل هذا الجانب من تصميم البرنامج على ضرورة الأخذ فى الاعتبار الآتى:

أ- **هدف البرنامج ومحتواه:** وفى حالتنا هذه يكون تأهيل متعاطى المخدرات (الناقه) والمحافظة على استمرار تعافيه ومنع الانتكاسة أو أية علامات قد تقود إليها.

ب- بنية البرنامج: مثل:

- مدة البرنامج.
- عدد الجلسات.
- طبيعة الفنيات أو العلاجات التى ستستخدم (ليس من حيث درجة إجادتها، ولكن من زاوية أخرى هامة هى مناسبتها لحالة متعاطى المخدرات (الناقه) وتجاوبها معها.
- محتوى كل جلسة.
- زمن كل جلسة.
- المكان الذى سيتم فيه التأهيل هل:
  - داخل المستشفى.
  - أم من خلال تردده على وحدة الرعاية اللاحقة.

٤- اجراءات تنفيذ البرنامج:
- تحديد محتوى كل جلسة بالتفصيل.
- وضع تصور لكيفية التنفيذ.
- التكنيك أو الفنية التى ستطبق كل جلسة.

٥- تقويم البرنامج: من خلال:

أ- القياس القبلى للمتغير التابع (اللهفة إلى الإدمان Carving) أو سلوكيات معينة كانت تضر بالشخص وتجعله يستمر فى الإدمان (قلق، اكتئاب، عدم توكيد الذات، خجل، مخاوف، عدم القدرة على حل المشاكل، واتخاذ القرارات....الخ).

ب- القياس البعدى للمتغير التابع، ومقارنة نتائج القياس القبلى بالبعدى، ويمكن بعد ذلك وضع تعديلات (أو الاستمرار) فى البرنامج.

٦- النتائج النهائية: حيث سيتم تحليل نتائج التقويم النهائى للبرنامج، وسوف يكون أمامنا محوران.



الأول: نتائج إيجابية: حيث أن الأفراد ظلوا مثلاً محافظين على استمرار تعافيهم، وأن هذا التعافى - أو التغير فى السلوك - قد انتقل إلى مجالات أخرى من شبكة العلاقات الاجتماعية.

الثانى: نتائج سلبية: مثل حدوث سقطة Lapes أو انتكاسة Relapes وقد تجعلنا مثل هذه النتائج نعيد النظر فى محتوى البرنامج بما يتناسب مع العديد من الجوانب التى نكون قد أغفلناها عند التصميم الأول للبرنامج.

تلك كانت باختصار خطوات التأهيل النفسى الاجتماعى لمتعاطى المخدرات. (Richard، V، 1991).

لمزيد من التفصيل حول العلاج والتأهيل راجع كتابنا (محمد حسن غانم، ٢٠٠٥-ب).

وهكذا تتعدد إجراءات خفض الطلب وقد تناولناه من خلال الوقاية ومستوياتها الثلاثة والإجراءات التى يجب أن تتبع فى كل مستوى.

الفصل السابع

دور المؤسسات المختلفة فى الوقاية من الإدمان

محتويات الفصل:

أولاً: الأسرة والوقاية من الإدمان.

ثانياً: المؤسسات التعليمية والوقاية من الادمان.

ثالثاً: الإعلام والوقاية من المخدرات والإدمان.

رابعاً: الفراغ وكيفية شغله للوقاية من الادمان.

خامساً: دور رجال الدين فى الوقاية من المخدرات.

سادساً: الاقتصاد والوقاية من الإدمان.

سابعاً: الاضطرابات النفسية والجسدية والإدمان.

ثامناً: الأصدقاء والإدمان.

تاسعاً: الضغوط والإدمان.

- هل المدمن مريض أم مجرم؟
- الإدمان جريمة.
- الإدمان مرض.

دور المؤسسات المختلفة في الوقاية من الادمان*

«هل تعي مؤسسات المجتمع المختلفة دورها في الوقاية من تعاطي المخدرات؟ وهل هناك نوعاً من التنسيق يحكم العمل بينها أم أن الأمور تسير كما هو المعتاد بالصدفة والعشوائية».

المؤلف

مقدمة: أثبتت العديد من الدراسات أن الفرد بطبيعته كائن اجتماعى، وأن الفرد – أى فرد – ما هو إلا مجرد مشروع إنسانى، وأنه فى حالة حوار ديالكتيكى مع الآخر، لدرجة أن التحليل النفسى قد اكتشف أن الإنسان فى أشد حالات الخصوصية إنما يهلوس بالآخر.

ولذا فإن جميع المؤسسات الاجتماعية التى ينتمى إليها الفرد لابد أن تقوم بالعديد من الأدوار الفعالة والمؤثرة فى الوقاية من المخدرات.

أولاً: الأسرة والوقاية من الإدمان:

تعد الأسرة من أهم الجماعات الإنسانية وأعظمها تأثيراً فى حياة الفرد والجماعات، لأنها الوحدة الأولى التى تعمل على تنشئة الفرد، وهى التى تنقل إليه القيم والعادات والتقاليد، بل تحول مجرد هذا (المشروع الإنسانى) إلى كائن إنسانى فعال ونشط.

ونعلم من خلال استعراض وظائف أى أسرة أنها كانت تؤدى وتقوم بكافة الوظائف التى يحتاج إليها الفرد، ولكن من خلال التطور المدنى والاجتماعى والاقتصادى الذى لحق بالإنسانية فإن الأسرة اضطرت إلى التخلى عن بعض وظائفها لكى تقوم بها مؤسسات اجتماعية أخرى، تؤثر فى عمليات

* اعتمدنا فى كتابة هذا الفصل على كتابنا: الشباب العربى والوقاية من الادمان، ٢٠٠٤، الإسكندرية، المكتبة المصرية.

التنشئة الاجتماعية للفرد، وتؤثر فيه تأثيرات مختلفة.

ولا شك أن استقرار الأسرة وسيادة جو الألفة والحب والديمقراطية والمشاركة بين جميع أفراد الأسرة وحل الخلافات بالصورة الوردية يكون له أطيب الأثر فى نفوس الأبناء، إذ تعد مثل هذه العوامل بمثابة التربية المهيئة لنمو المواطن الصالح أو الطالح، ولذلك فقد توصلت نتائج العديد من الدراسات التى أجريت على المنحرفين والمجرمين والمدمنين أن الغالبية منهم تنحدر من أسر يسودها هذا الجو المشبع بالاضطراب:

- البيوت الآثمة.
- البيوت المحطمة.
- البيوت التى خلت من الود والحب.
- البيوت التى فرقها الموت أو بعثرها تعدد الزوجات.
- البيوت التى فشلت فى الاحتفاظ بتوازن جيد متسق بين الحرية والضبط وبين ما يجب وما لا يجب.
- البيوت التى فشلت فى إشباع حاجات أبناءها بصور معتدلة.

ولذلك فإن الإهمال المتواصل من قبل الوالدين قد يؤدى إلى آثار سلبية فى نفس الطفل والذى سيخلق لديه حالة من عدم الثقة والأمن وسوء التوافق مع الذات أولاً ثم مع الآخرين ثانياً، وسوف يفجر لديه العدوانية، إذ أن السلوك المنحرف سواء كان جريمة أو إدماناً ما هو فى حقيقة الأمر إلا عدواناً متجهاً نحو الذات ثم نحو الآخرين ثانياً.

كذلك فقد توصلت نتائج العديد من الدراسات الميدانية فى هذا الصدد إلى أن (الحماية الزائدة)، وهي على عكس الإهمال الزائد والمستمر، تقود إلى نتائج سيئة وتجعل إنساناً وحشاً غير قادراً على مواجهة النفس والآخرين والحياة، تجده مثل الزرع الرخو ينكسر أو يتمايل إذا اصطدم به أقل ريح، ولذا فإن مثل هذه الشخصيات التى تربت فى جو أسرى يميل إلى مراقبتها

وفرض الحماية الزائدة عليها فإنه بذلك يضع أول لبنات الفشل والتردد والخوف وعدم الابتكارية والملل.

أيضاً توصلت العديد من الدراسات أن (تفريق الآباء بين أبناءهم فى المعاملة) يخلق حالة من العدوانية وعدم التعاون أو عدم الاندماج مع الآخرين، إذ يميل بعض الآباء إلى تفضيل الولد على البنت، أو تفضيل الولد الأخير فى الترتيب ومنحه رعاية أكثر من الولد الكبير فى السن (أو العكس). ولذا فإن مثل هذه المعاملة – حتى وإن بدت بسيطة فى ظاهرها – سواء فى الكلام أو الاهتمام أو الابتسامة، إلا أن الطفل يكبتها بداخله أو يأخذ فى اجتراء أفكاره عن نفسه بأنه سيىء ولابد أن يكون به نقصاً ما وأنه فاشل وأن الآخرين يكرهونه وهذا يفجر لديه العدوان، إلا أنه يوجهه إلى مثل هذا الشخص (الأخ) والذى حصل على كل هذا الاهتمام، وكم أخبرتنا أحداث الحياة بأحداث مأساوية قد نشبت بين الأشقاء وانتهت نهاية مأساوية، وذلك أن الآباء قد زرعوا بذور الحقد وعلى الأبناء أن يحصدوا مثل تلك الأخطاء، ولذلك يجب علينا كآباء أن لا نفرق بين أبناءنا فى المعاملة، صحيح أنك كأب أو كأم قد تميل إلى ابن لك ترتاح إليه، كائن يكون معاق مثلاً، ولكن يجب أن تحاول ظاهرياً أن لا تفرق بين الصغير والكبير، وحتى إذا حدثت تجاوزات فيجب أن تشرح لأبنائك الآخرين سبب ودوافع هذا الاهتمام حتى يشتركوا معك فى نفس القارب الواحد، بدلاً من أن تزرع بذور الشقاق والخلاف حيث أنه بمرور الزمن ستزداد قوة وجنوناً، ولذا فقد صدق رسول الله صلى الله عليه وسلم والذى أمرنا أن نعدل كآباء بين أولادنا فى كل شيء حتى فى القبلات، أى أنك – كأب – إذا أردت أن تقبل ابنك الصغير فيجب أن تراعى وجود أولادك الآخرين – حتى وإن كانوا متقدمين فى العمر – يحتاجون إلى نفس هذا الاحتياج، وإن قبلاتك الموجهة لطرف دون آخر سوف تثير العديد من (الحساسية) وربما تزرع بذور الفتنة والعداوة بين الأشقاء. كذلك يعد الطلاق من أهم العوامل



التى تسبب التصدع الأسرى، حيث الحرمان من أحد الوالدين، ومعايشة المرارة والقلق، وعدم الاستقرار ناهيك عن زواج الأب من أخرى، أو الأم من آخر وضياع الولد ما بين هذا وتلك. والمشكلة أن الطلاق يحدث والولد فى سن مبكرة لا تسمح له إمكانياته العقلية أن يعى ويفهم ويدرك دوافع وأسباب وظروف هذا الطلاق، فالشىء الوحيد الذى يفهمه آنذاك أنه قد حدث اختلال، وأن الأمور لم تعد تسير كما كانت فى الماضى.

كذلك قد لا يحدث الطلاق بين الوالدين ولكن تسود الخلافات، وهنا يطلق علماء النفس والاجتماع على هذه الظاهرة اسم «الأسرة المتصدعة نفسياً» حيث يتواجد الوالدين فقط بأجسادهم وبينهم (ما صنع الحداد)، ولا شك أن مثل هذا الجو (الدرامى) يكون له تأثيرات أسوأ حتى من الطلاق.

كذلك قد تتعرض الأسرة لأشكال تساعد على الانحراف والإدمان، مثل غياب أحد الوالدين أو كليهما بالسفر، أو الموت، أو الهجر، أو الطلاق، أو الانشغال الزائد بالعمل. ولا شك أن مثل هذا المناخ يساهم فى خلق شخصية تكون مهيأة لظهور مثل هذه الميول الانحرافية.

وقد تفرض الظروف الاقتصادية الصعبة بسفر أحد الوالدين - غالباً ما يكون الأب في مجتمعاتنا الشرقية - وهنا تكون على الأم مسئولية مضاعفة، إذ يجب أن تقوم بدور الأم والأب، والمشكلة أن الأم نتيجة إحباطاتها قد تعجز عن القيام بدورها، والأخطر كما نشاهد فى العديد من الأمثلة أن وظيفة الأب - أو الأم - فقط هو إعطاء النقود وتلبية المطالب دون تأخر، لكن الولد يحتاج إلى أكثر من ذلك، يحتاج إلى مثل أعلى وإلى قدوة وإلى من يسانده ويقف بجواره وهو يمر بأى أزمة.. فالنقود حتى وإن كانت تساهم فى حل بعض المشاكل إلا أنها لا تحل كل المشاكل ذلك لأن الاحتياج الإنسانى للآخر احتياج إنسانى أصيل وعميق.

فمتى يعى الآباء الدرس، ويعملون على فض منازعاتهم بين بعضهم البعض

بعيداً عن أعين الأبناء التى ستلتقط الحدث وقد لا تفهمه فى اللحظة الآنية إلا أنه سيظل محفوراً فى أعماق أعماقهم، فيشبون عن الطوق وهم موقنون أن الأمور لم تعد كما كانت، وأن العصافير لم تعد تغرد باللحن الشجى، فمتى ياربى تنتظم الأمور وتعود كما كانت.

وسوف أختتم دور الأسرة فى التعرض لمشكلة هامة جداً خلافاً لما سبق، وهو وجود أب مدمن أو أخ أكبر مدمن داخل الأسرة، هنا تكون الطامة الكبرى، إذ أن المدمن بطبيعته عند نقطة معينة يظهر عليه مشاعر الإهمال وعدم الاهتمام، وفى نفس الوقت يكون أمامهم مثالاً ، وهنا يسعى العديد من الأبناء إلى تقليده، وكثير من المدمنين قد ذكر أنه كان يشاهد والده يتناول خمر أو يدخن، فدفعه حب الاستطلاع إلى تناول جرعة أو شمة أو شد نفس مثلما كان يفعل والده، ثم بعد ذلك يكتشف الأب ما بين عشية وضحاها أن أحد الأبناء قد رافقه وربما سبقه فى نفس القارب.

ولعل تلاشى كل عوامل التصدع والانشقاق السابقة كفيل بتهيئة جو يسوده الود والألفة بين الأبناء، فتربية الأبناء ليست مهمة سهلة، ولكنها عملية شاقة تحتاج إلى جهود، وإلى مثابرة وإلى قدوة وتقدير جيد للمسئولية.

ثانياً: المؤسسات التعليمية والوقاية من الإدمان:

ينخرط الفرد منذ سن مبكرة فى الالتحاق بالمؤسسات التعليمية، إذ قد يذهب منذ السادسة إلى المدارس الابتدائية، وقد يذهب قبل ذلك إلى دور الحضانة والروضة. وهنا أوجد المجتمع مؤسسات تقوم بالنيابة عن الأب أو الأم أو كليهما بالدور التربوى والتعليمى، ولذا تكثر ما يسمى بدور الحضانة فى العديد من المجتمعات الغربية، أو قد تأتى الأسرة (بمربية أطفال) والأخطر أنها لا تكون من نفس الطفل مما يؤثر فيه تأثيراً سلبياً من حيث تعلم اللغة والعادات والتقاليد وربما طقوس الدين.

والمدرسة تتعاون مع الأسرة وغيرها من المؤسسات فى تنشئة الطفل

وتعليمه اللغة والتاريخ والحساب والعلوم ولغته القومية، ويختلط بالعديد من الأولاد الذين قد يصغرونه فى العمر أو يكونوا فى نفس المرحلة العمرية أو قد يكبرونه فى السن.

ولذا يعتبر العديد من علماء التربية وعلم النفس والاجتماع أن المدرسة تعد المحطة الثانية والهامة فى حياة الفرد لما تتركه من آثار قد لا تمحى من نفسية الفرد، وذهاب الطفل إلى المدرسة حتى فى سن مبكرة يجب أن تستعد له الأسرة، وتنقل هذا الاستعداد إلى أبنائها بمعنى أنها لابد أن تشرح له وتهيىء هذا الولد لهذا الحدث الجديد، ويسمى ذلك "الفطام الأسرى" حتى لا تحدث مشاكل خاصة بالعملية التربوية والتى استطاع رجال التربية حصرها في العديد من مظاهر اضطراب السلوك الدراسى ومنها: التسرب من المدرسة (أى الانقطاع الجزئى أو الكلى بدون أسباب معقولة)، أو الغياب، أو حتى الحضور الجسدى فقط دون مشاركة فى العملية التعليمية، حيث يتواجد فقط تواجداً مادياً أما عقله وتفكيره فمشغول بأشياء أخرى بعيدة لا تمت إلى الدراسة بصلة. وعدم التقبل أو الاستعداد للفطام النفسى بعيداً عن الأسرة قد يخلق لديه حالة من فقدان الثقة بالنفس، والتردد فى اتخاذ القرار، وإساءة الظن بالآخرين، والخجل والانطواء، والخوف من مشاركة الآخرين، ذلك أن الأسرة لم تفطمه وبالتالى قد خلقت لديه هذه التربة الخصبة لنمو العوامل والأسباب التى قد تقود إلى الإدمان أو إلى الانحراف.

فالخجول من خلال تجربة التعاطى الأولى يشعر فيها بالتغير المؤقت فى سلوكياته إذ يكتسب الجرأة المزيفة وقدرة متوهمة على مواجهة المواقف أو بعض الأشخاص الذين كان لا يطيق مجرد رؤيتهم، وهنا يربط بين المشاعر وهذا الشراب فيثبت لديه الاعتقاد طبعاً - وهو اعتقاد خاطىء - أن الشراب أو المخدر يغير من مزاجى وسلوكياتى إلى الأفضل فلأستمر فى التعاطى لأننى أشعر معه على اللذة والجرأة.

والواقع أن (تشخيص) بعض مظاهر الاضطراب قد يساعد القائمين بالأمر على دحض هذه العوامل حتى نضمن سلامة أبنائنا.

- فقد توصلت العديد من نتائج الدراسات والأبحاث فى هذا المجال أن الازدحام وزيادة أعداد الطلاب عن الحد المطلوب فى الفصل الدراسى يرافقه العديد من المشكلات، إذ أن ذلك قد يؤثر فى مقدار اهتمام المدرس بكافة تلاميذه، كما أن ما يحصله التلميذ من معارف وخبرات قد لا يكون مستوفياً للحد المطلوب، ولذا فإن مراعاة (الاعتدال) وعدم الازدحام قد يخلق جواً من التواصل والألفة والاهتمام بين المدرس وكافة التلاميذ، إذ أن العديد من دول العالم الثالث تعانى نقصاً خطيراً وحاداً فى الخدمات التعليمية، حيث لا تتوفر الأبنية ولا حتى أثاثها، كل ذلك يجعل العملية التعليمية أشبه ما تكون بفيلم سخيف يتمنى الطالب المجتهد المخلص أن يخرج المخرج ليصرخ (استوب)، ويجب على هذه الدول أن ترى حل لهذه المشكلة، وهى بالفعل مشكلة خطيرة إذ أن الزحام يخلق التوتر ويفجر العدوانية، وبذلك تتحول المدرسة من بيئة صالحة - المفترض ذلك - إلى بيئة تترعرع بالفساد وخلق أجيال ناقمة ومدمرة لأنفسهم ولمجتمعاتهم.

- عدم وجود مدرسين أن يكونوا فى مستوى القدوة لتلاميذهم، أنت كمدرس شئت أم لم تشأ أنت قدوة لطلابك، ولذا يجب أن يصدر منك كل ما هو طيب وحسن وجميل، والأهم أن لا يخالف القول الفعل، أن تذكر مثلاً الأمانة كسلوك إنسانى، ثم يكتشف الطلاب فيك عكس ذلك، أو مثال آخر يتكرر بكثرة الكذب، يكذب المدرس أحياناً للخروج من مأزق قد وضعه فيه (ناظر أو مدير المدرسة) فيكذب أمام الطلاب ناسياً بذلك أنه يترك أسوأ الآثار فى نفوس هؤلاء حتى وإن كانوا صغاراً إذ ستكون الطامة الكبرى أسوأ. وقد ينشأ التلميذ عابثاً غير مبالياً بالقيم وبالتقاليد إذ لماذا التزم والآخرون هاهم يكذبون وينافقون ويهرعون خلف مصالحهم الذاتية وليس لهم أى مثل

أو مبادئ تحكم سلوكياتهم. (محمد حسن غانم، ٢٠٠٧ -أ).

- افتقاد الصلة أو التفاهم أو الود بين المدرسة وأولياء الأمور، ومن العجيب أنك تجد بعض الآباء قد لا يعرف أين توجد مدرسة ابنه إذ بسبب مشاغله المتعددة أو لظروف أخرى لا يريد أن يهتم بمشاكل ابنه أو حتى يتابعها، والأخطر أن العديد من إدارات المدارس لا تهتم أصلاً بأولياء الأمور إلا إذا تجاوز الولد الحد الفاصل بين الأدب وغير ذلك لا فتضطر أن تستدعى والده لإخباره فقط بسلوكيات ابنه المشينة طالبة منه أن يحاول بكافة الطرق أن يعيده إلى جادة الصواب ناسية أو متناسية أنها قد قصرت أيضاً فى التوجيه والإرشاد والتربية والإنصات إلى هذا (الولد). ومن العجيب أن نجد بعض المدرسين يلجأ فقط إلى العقاب حين تلوح فى الأفق أى بوادر للتمرد أو للانشقاق أو حتى للتفوه بأشياء قد تخالف ما يقوله المدرس دون أن يلجأ إلى التفاهم والحوار أو معرفة الدوافع. إذ ما أسهل التعامل مع الظواهر والانحراف ولكن ستظل (أساسيات المشكلة) كامنة فى الداخل تتكرر حتى وإن كانت فى أثواب متعددة.

- أيضاً افتقاد المدرس إلى وجود الأخصائيين الاجتماعيين أو النفسيين، ذلك أن التلميذ - سواء فى المرحلة الابتدائية أو المتوسطة أو الثانوية أو حتى الجامعية - يمر بالعديد من الأزمات النفسية والاجتماعية وإذا لم يجد العون والتفهم والأخذ باليد حتى الوصول إلى بر الأمان كل ذلك يترك فى نفس الطالب غصة فى الحلق وفراغ فى النفس وأن معظم النار من مستصغر الشرر.

- من المظاهر التى تساعد على الانحراف أيضاً عدم الأخذ بميول التلاميذ وفرض أنشطة وهوايات عليهم، إذ من غير المعقول أن يتجه الطلاب إلى نشاط ما ويتركون باقى الأنشطة، وأن قهر الطالب على الالتحاق بنشاط ما أو بتخصص دراسى معين وهنا تبدأ سلسلة من الاعتراضات والأخذ والرد دون فائدة، ونحن

بذلك ندمر ميول الطالب ونحول حتى الهواية إلى شيء كريه، ممقوت، ممل. وإذا كنا نفعل ذلك فلا يجب أن ننتظر خروج العالم أو الأديب أو المبدع أو الفنان لأننا قد عجلنا بوأد هذا التوهج في مهده. (محمد حسن غانم، ٢٠٠٧-ب).

- وأخيراً وليس آخراً مشكلة (الغش فى الامتحانات) والسماح بذلك قد يثبت قيمة تربوية خاطئة لدى الطالب أن العملية التربوية ما هى إلا تحصيل حاصل (وأى كلام فى الطحينة) كما سمعت هذه العبارة من أحد الطلاب وآسف لاستخدام هذه العبارة إلا أننى قد استحسنتها إذ بالسماح بالغش مثلاً يساوى بين من اجتهد وذاكر وبين من لهى ولعب ولم يحرم نفسه من أى متع من أجل الاستعداد للدراسة، ثم ماذا ننتظر من طالب قد نجح بالغش وهو غداً سوف يتولى مهمة التدريس لأبنائنا، أو الكشف على علة أجسادنا أو تشييد منشآتنا، أو تعبيد طرقنا وشوارعنا... الخ. ماذا سننتظر سينتشر التواكل واللامبالاة والفساد الذى سيضرب فى قيم وتقاليد وأصول بنية المجتمع.

ورسولنا الكريم صلى الله عليه وسلم قد ذكر قولته العطرة الخالدة خلود الدهر "من غشنا فليس منا" صحيح أنه قال ذلك حين كان يتفقد الأسواق وبضاعتها.. ولكن الغش ليس فقط فى ما نأكله، ولكن قد يمتد ليشمل كافة جوانب حياتنا، وإذا تفشت هذه الرذيلة في أى مجتمع وسمح بها فلا ننتظر بقاءاً بل ننتظر دماراً أو ويلاً وثبوراً وفناءا.

ومن العجيب أن نتائج العديد من الدراسات الوبائية المسحية والتى تناولت مدى انتشار ظاهرة ما بين طلاب المدارس تدق ناقوس الخطر عن انتشار المخدرات بين طلاب المدارس. (راجع فى ذلك نتائج العديد من الدراسات التى أجريت على طلاب الولايات المتحدة الأمريكية فى مختلف المراحل وفى العديد من الولايات، وكذا دراسات المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية فى مصر والتى يقوم بها أعضاء المجلس الدائم لبحوث التعاطى بدءاً من عام ١٩٧٦ حتى الآن والتى اشتملت العديد من الفئات خاصة من طلاب المراحل الثانوية



بمختلف اتجاهاتها، وكذا طلاب وطالبات الجامعة وكذا عمال الصناعات ومختلف الفئات المهنية).

ولعل مثل هذه الأشياء تدق نواقيس الخطر، تدق بعنف على رؤوس المسئولين ليفيقوا من نومتهم الطويلة قبل فوات الأوان.

ثالثاً: الإعلام والوقاية من المخدرات والإدمان:

تعد وسائل الإعلام فى الوقت الحاضر من أقوى وأهم المواد المؤثرة فىتشكيل وعى وقيم واتجاهات وسلوكيات الأفراد لما تتمتع به من تأثير شديد مستخدمة الصوت والصورة والإبهار.

ولذا فإن أصابع الاتهام تشير مباشرة إلى وسائل الإعلام فى حالة زيادة انحطاط الذوق العام ونشر فساد أخلاقى وإصابة الناس بالسطحية واللامبالاة وتقليل القدرة على الإبداع.

وسوف نقوم بعملية (تشخيص الداء) لبعض مظاهر فساد بعض وسائل الإعلام فمثلاً نجد العديد من الأفلام والمسلسلات التليفزيونية تحاول بطرق متعددة أن تبرز قيمة التدخين، أو حتى تعاطى المخدرات، حيث تصور البطل وهو فى أشد مواقف الحب والانسجام يدخن، أو حين يمر بأزمة عاطفية أو غيرها نجده يهرع إلى الخمر أو إلى الحشيش فإذا بهذا الإنسان البائس والذى كان منذ فترة وجيزة على شفا حفرة من الاكتئاب أو الانتحار نجده – ويا سبحان مغير الأحوال – إنساناً مرحاً، يلقى النكات، ويتحول إلى إنسان ظريف خفيف الدم. ثم نجد الأفلام أيضاً تصور تجار المخدرات والرفاهية التى يرفلون فى أثوابها وقدراتهم على تسيير الأمور وفق مشيئتهم والهروب من القانون والعدالة (ورش الرشاوى) على الأخرين، كل هذه السلوكيات وغيرها تؤثر تأثيراً لا يمكن إنكاره على شباب يريد أن يبدأ مشواره فى الحياة بالعلم والجد والعرق.

ومن العجيب أننا لو قمنا بتحليل مضمون أفلام قد تناولت موضوع

الخمر أو المخدرات فسوف نجد أنه فى ثنايا هذا الإبهار تبث العديد من القيم والاتجاهات المخيفة والمدمرة.

فعلى سبيل المثال لا الحصر لو قمنا بتحليل مضمون فيلم «العار» مثلاً لوجدنا ثلاثة أشقاء، الأول يعمل وكيلاً للنيابة والثانى طبيب والثالث كان يساعد والده فى أعماله التجارية غير المشروعة، ثم نكتشف بعد فترة أن والده (ذلك الرجل الطيب الصالح الذى يؤدى الفروض ويشع وجهه بالضياء ونور الإيمان ما هو إلا مروج وتاجر من كبار تجار المخدرات)، ثم يجر الولد الصغير - والذى كان يساعد والده - شقيقاه الأخران وكيل النيابة والطبيب معه فى سحب المخدرات من البحر وهما يعلمان خطورة الموقف، ثم فى ثنايا ذلك يذكر لهم أن التعليم لم يعد له أى قيمة، ثم يقارن بين ما يكسبونه هم طوال حياتهم وبين ما يحصل عليه تاجر المخدرات فى صفقة واحدة، طبعاً المقارنة ظالمة. والمتتبع لمثل هذه النوعية من الأفلام يجب أن يكتشف حقيقة مرة تعزف على أوتارها كافة الأفلام والمسلسلات التى تتناول موضوع المخدرات ألا وهى: أن البوليس دائماً يأتى فى النهاية ويظل المشاهد يحترق ويتمنى ويتعذب بمشاهد المخدرات والجنس والدخان الأزرق وسلطة المعلم التاجر وهيلامانه ثم يأتى فى النهاية - وكنوع من ذر الرماد فى العيون - البوليس ليطلق رصاصتين ويقبض على التاجر، ثم نجد التاجر يصمم على مواصلة المشوار وأنه بعد خروجه من السجن سوف ينتقم من (الكلاب) الذين أبلغوا عنه... وهكذا نقع فى دائرة الإبهار المغلقة.

أما الأفلام التى تبث قيم العمل والبلاء والجد والاجتهاد فهى قليلة إن لم تكن معدومة.

وما يؤكد كلامنا السابق هذا ما توصل إليه «عبدالمنعم سعد» من خلال أطروحته للدكتوراه وكانت بعنوان «السينما والشباب فى مصر» إذ توصل من بين ما توصل إليه أن ٣٢٪ من المنحرفين والمجرمين قد استمروا فى



تهريب المخدرات والاتجار فيها وذلك بعد أن ذكر العديد من (أفراد العينة) أن عمليات المصادرة والهروب من البوليس بل والنجاح فى رشوة بعضهم والصورة المبهرة لتاجر المخدرات من حيث سطوته وسلطانه والرفاهية التى يحلم بها كل شاب كل ذلك وغيره قد أثر تأثيراً سلبياً فى نفوس الشباب، خاصة إذا أخذنا فى الاعتبار أن (المراهقين) بطبيعتهم يميلون فى مرحلة عمرية ما إلى الاستهواء والخضوع لرغبات الآخرين دون إعمال النقد والتمحيص.

وأخيراً فإن أجهزة الإعلام يكون لها دوراً لا يمكن إنكاره خاصة فى مجتمعات العالم الثالث إذ أخذنا فى الاعتبار مدى تفشى الأمية فى عالمنا العربى، ونقصد بالأمية فى هذا المجال أمية الحرف - أى القراءة والكتابة - إذ أن الحوار مع المادة المكتوبة قد يجعل الفرد يتواصل فى حوار ديالكتيكى مع فكر الآخر وهو مستند إلى تراث طويل من المعرفة والعلم والخبرة. وهذا لا شك يزيد من أعباء المسئوليات الملقاة على كافة وسائل والإعلام من إذاعة، وتلفاز، وأفلام، وفيديو، ومطبوعات.

رابعاً: الفراغ وكيفية شغله والوقاية من الإدمان:

يقول المثل الإنجليزى «الشيطان يوظف أو يشغل العاطل» The devil employs وفى هذا المثل جزء من الحقيقة - إن لم تك كل الحقيقة - إذ أن الفراغ والبطالة هما بمثابة الأرض أو التربة الخصبة التى تنمو وتزدهر فيها النشاطات والأفكار الشاذة والهدامة.

ولذلك فقد اهتم العديد من العلماء بالفراغ، ذلك الوحش الكاسر والذى يقود إلى العديد من الانحرافات إذا لم يحسن استغلاله، إذ أن الفراغ سلاح ذو حدين يمكن أن يفيذ ويمكن أن يضر، وهذا يعود للشخص نفسه وقدرته على توظيف وقت الفراغ.

وقد قدم العديد من العلماء العديد من المبررات لظهور (الفراغ) كمشكلة،



خاصة بعد التطورات التقنية التى مرت بها المجتمعات وكان من نتيجتها ظهور الآتى:

١- زيادة مستوى الثراء الاقتصادى للعديد من الأفراد والدول، وهنا يلجأ مثل هؤلاء إلى عدم العمل أو العمل المقنع، مما يجعل الفراغ ممتد أمامهم.

٢- أن التقنية والعلم الحديث قد أدى إلى ابتكار أجهزة حديثة توفر العديد من الجهد والطاقة والوقت للإنسان، وعلى سبيل المثال مثلاً السفر بدلاً من استخدام (الجمال) أصبح بالطائرات، وهكذا فى مختلف مجالات الطهى والزرع والصناعة.

٣- انتشار المؤسسات السياحية والملاعب ووسائل الترفيه الحديثة، وهى كلها مؤسسات ترفيهية قد أوجدتها الضرورة وأن هناك العديد من الأفراد الذين لا يعملون أو يعملون ويريدون التقاط أنفاسهم، وهنا ظهرت أهمية تواجد مثل هذه المؤسسات لدرجة أن علماء الاجتماع ينظرون إلى الفراغ والترويح باعتباره نظاماً اجتماعياً يدخل فى نسيج النظم الاجتماعية الأخرى التى يتألف منها نسيج المجتمع.

ولسنا هنا فى مجال عرض نظرى لتطور مفهوم الفراغ Free time وارتباط ذلك بظهور المجتمع الصناعى المتمدن وافتقاد ذلك فى النظم الزراعية والرعوية والتى لا نجد فيها مثل هذا التحديد الواضح الدقيق للأنشطة الأخرى.

والمقصود بالفراغ ذلك الوقت الحر، والذى يتحرر فيه الفرد من المهام والمسئوليات الملقاة على عاتقه، ويتجه وفق إرادته إلى ممارسة أنشطة ترضى ميوله وتتفق مع ما يميل إليه، وبالتالى تخلق لديه حالة من النشوة والسعادة.

وهنا تظهر أهمية (التخطيط) فى حياة الأفراد وحياة المجتمعات، ولذا فمن يخطط



وينظم لشغل أوقاته لا شك أفضل من شخص آخر قد ترك مجريات حياته تسير وفق ما أتفق، وينطبق نفس الشيء على الدول والأمم التى (تخطط) للمستقبل.

وهنا تقع المسئولية على الآباء في ضرورة تنظيم أوقات الفراغ وشغلها بالأشياء المفيدة النافعة لأولادهم، ويجب أن يكون الآباء قدوة أيضاً فى مثل هذه الأشياء ولا يكتفون بالنصائح المجردة الجوفاء كرنين الطبل.

إذ تعد الأنشطة والهوايات التى تشغل أوقات الفراغ من أهم وأخطر العوامل التى تقى الفرد من عوامل الضجر و(الطفش) والسأم والملل وتشتت الأفكار وبعض مظاهر الاغتراب وأخطره أن تشعر فى لحظة ما - أو قد يسيطر عليك - مثل هذا الشعور (أنك غريب عن نفسك، وعن أهلك، وعن وطنك) مما قد يقود إلى الولوج فى طريق الانحراف أو الإدمان.

وهنا تظهر مسئوليات المجتمع فى بناء هذه المؤسسات الترفيهية، وتشجيع الشباب على ارتيادها، وتوفير الإمكانات، فليس مهما أن أبنى نادياً من الحجر ولكن أوفر الأدوات، وكذلك المدرب الذى يعلمنى كيف أستفيد أو أجيد توظيف مثل هذه الأدوات، وأن يكون المدرب قدوة لأنه يؤثر فى سلوك الشباب الذى يتعامل معه، مثله فى ذلك مثل الأب فى الأسرة والمدرس فى المدرسة والممثل فى أفلام أو مسلسلات السينما والتلفاز.

أيضاً يجب أن تخضع مثل هذه الأندية للرقابة الحميدة الرشيدة، وأن لانترك الحبل على الغارب، إذ أن العديد من حالات الإدمان وتفشيه قد ظهرت أول ما ظهرت فى الأندية، واستغلال التاجر أو المروج للحظة ضعف يقع فيها الشاب فيسرع إليه لكى ينسج حول ضحيته شباك الإغواء والهروب والانسحاب من الواقع، وهو واثق أنه لو أعطى اليوم مخدراً مجاناً أو على سبيل الشهرة والثواب فإن الغد قريب سوف يقدم هذا الشاب يجر أقدامه ويقدم فروض الذل والطاعة.

ذلك أن الشباب إذا لم يجد أمامه وسائل وأساليب بناءة لتوجيه وقت

فراغه توجيهاً إيجابياً لا يجد أمامه مفر سوى البدائل الأخرى وهى تمضية أوقات الفراغ إما فى التسكع فى الطرقات، أو تعاطى المخدرات، أو تعلم أساليب الإجرام الأخرى مثل سرقة ونشل ودعارة....الخ.

وقبل أن نختتم الحديث عن الفراغ يجب أن نشير فى عجالة إلى دور الإسلام فى هذه المشكلة، فالإسلام يحاسب الإنسان على وقته وعمره، وهو من الأشياء التى سيحاسب عليها ضمن أشياء أخرى، كما أن عملية الصلاة ما هى فى أحد أشكالها إلا تنظيم لوقت الإنسان، فالفجر له وقت معلوم وكذا الظهر إلى آخر الفروض الخمس التى فرضها الإسلام.

ومن العجيب أن العديد من الناس تفهم خطأ حديث الرسول (صلى الله عليه وسلم) «روحوا القلوب ساعة بعد ساعة؛ لأن القلوب إذا صدئت عميت» ويذهب البعض فى تفسيره لهذا الحديث الشريف «ساعة لقلبك وساعة لربك» ومن العجيب إنك إذا نظرت إلى بعضهم تجده يضيع معظم وإن لم يك كل وقته فى أشياء ضارة غير نافعة، بل على العكس قد تجره إلى العديد من المشاكل.

وهنا تظهر مسئولية المجتمعات فى توجيه الشباب إلى ما يشغل أوقات فراغهم فى أشياء نافعة مفيدة، لأنها إن لم تفعل ذلك بالطرق العلمية السليمة فسوف يجد هؤلاء أنفسهم مضطرين إلى خلق هوايات خاصة بهم تدمرهم وتدمر مجتمعاتهم فى نهاية المطاف، وعندئذ لا ينفع أن (نعض على بنان الندم) ولا حتى على ساعد الندم، فالوقت كالسيف إن لم تقطعه قطعك.

وقد ذكر الشيخ محمد الغزالى فى كتابه "عقيدة المسلم: دار العلم للملايين، بيروت، ١٩٧٨، ص١٨٦) عن خليفة المسلمين عمر بن الخطاب (رضى الله عنه) أنه كان يخاف جداً على الشباب من غوائل الفراغ، فكان ينبه ولاته إلى ذلك قائلاً لأحدهم "يا هذا، أن الله خلق الأيدى لتعمل، فإذا لم تجد فى الطاعة عملاً التمست فى المعصية أعمالاً، فأشغلها بالطاعة قبل أن تشغلك بالمعصية".

أرأيتم أحكم من ذلك إذ استطاع (رضى الله عنه) فى كلمات وجيزة بليغة أن يلخص فى عبارة وجيزة عشرات من النظريات والفلسفات والتنظيرات التى ظهرت وسوف تظهر فى مناقشة مشكلة الفراغ.

خامساً: دور رجال الدين فى الوقاية من المخدرات والإدمان:

توصلت نتائج العديد من الدراسات أن ضعف الوازع الدينى يكون أحد أهم العوامل التى قد تدفع بالفرد إلى الوقوع فى هوة الإدمان بل وكافة أشكال الانحراف الأخرى.

كذلك توصلت نتائج العديد من الدراسات - سواء فى الغرب أو الشرق للأفراد الملتزمون بالعبادات المسيحية والإسلامية - أن الحفاظ على أداء العبادات والطقوس والتردد على دور العبادة يكون له أكبر الأثر فى تمتع الفرد بالصحة النفسية وحصانته من الوقوع فى العديد من الاضطرابات النفسية والعقلية والتى أضحت أكبر وحش كاسر فى هذا القرن.

ولسنا فى حاجة إلى التدليل على أهمية دور الدين فى حياة الإنسان، وحتى قبل إرسال الرسل كان الإنسان بفطرته يتلفت فى أرجاء الكون غير مصدق أن الأمور تسير هكذا ولابد أن خلف هذا النظام الدقيق المحكم قادر واحد واهب رحيم جبار متكبر، فالإنسان بفطرته يدرك أن لهذا الكون رباً ولابد أن يؤمن به ويؤدى له فروض الطاعة والولاء بكل الحب.

وقد جاء الإسلام لحماية الإنسان وتكريمه، وكرم الله الإنسان، وخلقه فى أحسن تقويم، بل وجعله خليفته فى الأرض، وميز الإنسان بالعقل وجعل هذا العقل مناط التفكير والتدبر والإبداع والاهتداء.

وجعل الإسلام الإنسان بصيراً على نفسه، وأن يعى أن الله مطلع على كل ما يقوله أو يفعله، ولذا فإن خشية الله والإيمان بأن ما أفعله يطلع عليه خالق السموات والأرض الذى يعلم السر وأخفى كل ذلك قد جعل الإنسان يعترف بأشياء قد يفشل القانون فى العثور على أجوبة شافية محددة لها.

ولا يتأتى ذلك بدون ارتباط الإنسان بالعقيدة ومراقبة الله واستشعار عظمته وخشيته فى كل شيء، وذلك يجعل النفس الإنسانية فى حالة صفاء وتكامل ورضاء مع نفسها، والرسول (صلى الله عليه وسلم) يقول: "أن تعبد الله كأنك تراه، فإن لم تكن تراه فإنه يراك" وهنا نجد مصداقاً لهذا الحديث كم المسئولية الملقاة على عاتق الإنسان.

كما أن ثمرة الإيمان ومراعاتها بالعناية والاهتمام والغرس الحميد الطيب تجعل الإنسان يعيش فى سعادة، وتجعله يوقن فى لحظة صفاء أن تدخله فى تفسير هذا النظام البديع قد يجره إلى الهلاك والدمار، فكيف أتناول مخدراً يدمرنى ويقتلنى، والله سبحانه وتعالى يقول فى محكم آياته: ﴿فَمَنِ ٱتَّبَعَ هُدَاىَ فَلَا يَضِلُّ وَلَا يَشْقَىٰ وَمَنْ أَعْرَضَ عَن ذِكْرِى فَإِنَّ لَهُۥ مَعِيشَةً ضَنكًا وَنَحْشُرُهُۥ يَوْمَ ٱلْقِيَٰمَةِ أَعْمَىٰ قَالَ رَبِّ لِمَ حَشَرْتَنِىٓ أَعْمَىٰ وَقَدْ كُنتُ بَصِيرًا قَالَ كَذَٰلِكَ أَتَتْكَ ءَايَٰتُنَا فَنَسِيتَهَا ۖ وَكَذَٰلِكَ ٱلْيَوْمَ تُنسَىٰ﴾ (سورة طه: ١٢٤-١٢٦).

ولو حاولنا فى عجالة الحديث عن بعض مظاهر (تشخيص) بعض الأشياء من الذين يقوون بمهمة إفهام الناس لدينهم فسوف نجد لديهم بعض المظاهر الآتية:

١- أن بعض الدعاه يستند فقط فى مخاطبة الناس على الوعد والوعيد على أساس أن هذا (التخويف) هو أقرب الطرق إلى الورع، ولكن لماذا لا نجرب أسلوب الوعظ بالحسنى والمجادلة بالتى هى أحسن، ولنا فى رسول الله (صلى الله عليه وسلم) القدوة والأسوة الحسنة فكم تعرض للعديد من الإيذاء والتعذيب، ولكن بنفسيته الإنسانية التى سمت على هذه الأشياء الدنيوية التافهة كان يقابل دوماً الإساءة بالإحسان، وكان هذا فى حد ذاته مصدر إعجاب لمن يسيئون إليه، وقد يكون ذلك فى حد ذاته مدخلاً للإيمان الصحيح، فلماذا لانتبع نهج السلف الصالح فى (تحبيب) الناس فى دينهم بالقول اللين ومخاطبة النفس الإنسانية



وحتى فى أشد حالات الضعف والانكسار بدلاً من أن نعتمد فقط على أسلوب التهديد والوعيد، ولذا قد ننفر الناس من الفهم الصحيح والموضوعى للدين، والرسول (صلى الله عليه وسلم) يقول: «بشروا ولا تنفروا».

٢- يجب أن يكونٍ رجل الدين مرتبطاً بعصره، بمعنى أن يتفهم السلوك الإجرامى مثلاً ودوافعه، ويتفهم نفسية المدمن، ولماذا يدمن، حتى يرتبط بقضايا عصره، ولا مانع من أن يمتلك الجانب الدينى بإقناعاته المختلفة، وكذا الجانب العلمى بتحديداته الواضحة المحددة، ولا مانع من أن يستخدم (وسائل التوضيح العلمية) حتى يخاطب الناس بأسلوب جديد ومتجدد قد اعتادوا عليه فى عصر العلم والتكنولوجيا، وبذلك يكون مقنعاً وواضحاً ومتفهماً ومؤثراً فى نفوس الآخرين.

٣- أن يكون رجل الدين قدوة فى كل أقواله وأفعاله، وأن يعلم أنه شاء أم لم يشأ فهو قدوة، وأن هناك العديد من الأفراد الذين (يتربصون) به لكى يكتشفوا فى سلوكياته هفوة ما تؤخذ عليه ويحاجونه بها لحظة أن تحين ساعة الجد، ويجب أن ينتبه إلى ذلك، وأن يكون قدوة ليس للناس فقط، وإنما أيضاً لأهل بيته، وأن يكون ما يؤمن به ويعتقده هو سلوكياته وأفعاله، فلا يجوز مثلاً لرجل الدين أن يقول: "التدخين محرم ويجر الفرد إلى الخبائث ويأكل صحته ويبدد أمواله" مثلاً وهو يدخن، فإنه بذلك يكون غير مقنع لا لنفسه ولا للآخرين، وقس على ذلك العديد من الأمثلة.

٤- كما يجب أن نربى أولادنا منذ الصغر تربية دينية سليمة، قال الله تعالى: (يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا قُوا أَنفُسَكُمْ وَأَهْلِيكُمْ نَارًا) (سورة التحريم: ٦٠).

٥- ووقاية الابن والأهل من النار تعنى أن يؤدب الوالدين الابن ويهذبان سلوكه، ويعلمانه بالقول والفعل والمثل الصادق محاسن الأخلاق،



وبذلك ترفرف رايات الإخاء والمحبة والوفاء على جميع أفراد الأسرة ذلك أن الإسلام قد اهتم بالفرد المسلم من لحظة ميلاده حتى وفاته، وأنا أرى إنه قد اهتم بالفرد حتى من قبل أن يولد، ذلك أن اختيار الأم ذات الدين والخلق والتى انحدرت من بيئة صالحة ليست فاسدة هو أهم العوامل التى أكد عليها الدين الإسلامى فى اختيار الزوجة وقبل الدخول بها، كذلك فإن الإسلام قد شرع العديد من التعاليم والنظم والأوامر والنواهى والفروض والعبادات والمتأمل لمغزى هذه الأشياء يجد أنها لم (تخص) فئة معينة أو تحابى فئة على حساب فئة أخرى، وإنما جاءت لمصلحة البشرية والإنسانية جمعاء.

يا رجال الدين عليكم مسئولية كبرى فى الوقاية والتصدى لإدمان المخدرات، ولكن يجب أن نعى (المدخل) المقنع الذى من خلاله نلج إلى النفس الإنسانية حتى لا تكابر أو تغالط، ونشرح أضرار الإدمان وفائدة التحريم، وكيف أن الإسلام يحفظ (العقل) وهو أهم ميزة تميز الإنسان عن سائر المخلوقات، إضافة إلى أن تكون قدوة فى القول والفعل وأن نبعد قدر طاقتنا عن التنفير والوعيد ورفع الصوت أو الخطب الرنانة بل بالتعقل والمنطق والصوت الهادىء تستطيع أن تدخل إلى النفس الإنسانية وتنتشلها من المعصية إلى الطاعة دون تفريط أو إفراط والله المستعان.

وهكذا يتضح فى الجانب الوقائى كيف أن جميع فئات أو مؤسسات المجتمع يقع على كاهلهم عبء الوقاية ومنع الداء، ذلك أن على الأسرة دوراً لا يقل أهمية عن دور المدرسة، وكذلك معالجة مشكلة الفراغ وشغل الأوقات بالأشياء المفيدة، ويقع على عبء رجل الدين مسئولية أن يكون عصرياً ومقنعاً فى مخاطبة الآخرين، إضافة إلى دور الإعلام والذى يجب أن يركز على النماذج الجيدة حتى يقتدى بها الشباب، وبذلك نتكاتف معاً من أجل مواجهة هذا الداء.

سادساً: الاقتصاد والوقاية من الإدمان:

نستطيع أن نطرح ضمن هذا العنوان قضية: هل الفقراء أكثر الناس اندفاعاً نحو الإدمان أم الأغنياء؟

وكان الرد المنطقي حتى وقت قريب أنهم الفقراء، حيث يدفعهم العوز وضغط الحاجة والواقع القاسي إلى الارتماء فى أحضان المخدرات وخاصة تدخين الحشيش حتى يعطيهم الوعى الزائف وينقلهم إلى عالم الخيال السحرى.

ومن هنا نشطت البحوث التى تناولت فئة الفقراء والمعدمين بهدف تسليط الضوء على هذه الفئة المنحرفة، بيد أن الواقع يذكر ويؤكد أن داء الإدمان يمكن أن يصيب الجميع بلا استثناء، وأن الموضوع موضوع انحياز حيث تهدف فئة الأثرياء إلى إلصاق تهمة التعاطى للفقراء فقط. وأن الدراسات الموضوعية قد أكدت أن الإدمان يصيب جميع الطبقات بغض النظر عن المستوى الاجتماعى، الاقتصادى، الثقافى، بل أن الثراء الفاحش قد يدفع بالفرد إلى المخدرات أمام تآكل المشاعر الإنسانية وتجمد العواطف البشرية والخوف المسيطر من فقدان كل هذا الثراء. وتظل مشكلة نوع المخدرات هى العامل الحاسم بين إدمان الأغنياء وإدمان الفقراء، فالأغنياء قد يلجأون إلى إدمان العقاقير ذات المبالغ الطائلة، على عكس الفقراء والذين أحياناً ما تضطرهم وطأة الظروف الاقتصادية إلى المشاركة فى شراء المخدر أو تناوله بالتبادل (كل واحد عليه ليلة).

ولو تحدثنا بصورة أكثر واقعية فإن المخدر الأكثر انتشاراً فى مصر كان مخدر الحشيش لدرجة أن أول دراسة أجراها المجلس القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية فى أوائل ستينيات هذا القرن الماضى كانت على مدمنى الحشيش، ولكن مع الطفرة الاقتصادية التى أعقبت انتصار ١٩٧٣، والتى جاءت أيضاً بعد سنوات من الانغلاق والإغراق فى الشعارات الاشتراكية

ومجتمع الكفاية والعدل، أعقب هذا الانفتاح ظهور فئة طفيلية تجيد النفاق وتعرف جيداً طرق الوساطة والمحسوبية ومن بيدهم الأمر، وكانت النتيجة ظهور فئة ثرية جداً مما أدى إلى انتشار قيم جديدة مثل: الفردية، والأنا مالية واختلال المنطق الذى يحكم الثواب والعقاب، و(أهبر واجرى). وعدم وجود المنطق والحصول على المال بسهولة ويسر قد أدى ذلك بهذه الفئة إلى أن تنحرف إلى عالم الإدمان، فهم يتشابهون سيكولوجيا مع الفقراء من حيث أنهم لا يشعرون بأهميتهم، ومنهنا فقد أقدموا على شراء المخدرات ذات الأسعار العالية والتى ظهرت فى الثمانينات فى مصر خاصة الهيروين والماكستون فورت.

وإزاء هذا الموقف المشتعل انهارت القيم والأعراف والمبادىء مما اضطر الآباء إلى موقفين كلاهما ضار: إما أن يسافر إلى الخارج، أو يلتحق ليعمل فى أكثر من عمل، وهو فى كل الأحوال متغيب عن الأسرة يلهث بكل قوته وجهده خلف توفير (لقمة العيش)، وتكون النتيجة إذا سافر وتغرب أن يغرق أولاده بالأموال والتى لا يجدو بداً من إنفاقها فى الملذات وقد يكون منها بالطبع المخدرات، إضافة إلى الشعور بالتعالى على أقرانهم الأقل فى المستوى الاقتصادى والمالى مما يدفعهم إلى العزلة أو الدخول فى هلاوس قد تصل إلى درجة الشعور بالاضطهاد من قبل الفقراء. ولعل العديد من الدراسات – وهى على أى حال قليلة وإن لم تكن نادرة – والتى تناولت الوضع الاقتصادى وعلاقته بالإدمان قد أكدت أن الفقر الشديد والثراء الشديد قد يقود إلى الإدمان؛ لأن كلاهما يحبط الإنسان ولا يجعله ملتصقاً بالأرض ولا بالنفس، فالأول يجد الأمان فى عالم الخيال، والثانى يخيطه الخوف والقلق من عدم استمرار الحال كما هو الحال الآن، وإن هذه الأموال قد تضيع فى صفقة، والزمن ليس له أمان – كما يقولون – كما أن آليات السوق لا ترحم، والمنافسة تحتاج إلى يقظة وأحياناً إلى يقظة دائمة والعين مرهقة والجسد

يصرخ ويقف ولكن لا بأس سوف أريحه وأسكته إما بالكأس أو الدخول فى صفقة سريعة ومربحة.

وإذا تركنا العام وانتقلنا إلى الخاص، فيجب على الأباء أن لا يحرموا أبنائهم إلى درجة الإحباط، أو لا يغدقوا عليهم إلى درجة التخمة، أعطى وحاسب وراقب وتدبر دون أن يشعر ابنك أنك تراقبه، ويجب أن تؤكد أن (القرش والدينار والدرهم) له قيمة، وأننى قد حصلت عليه بالعمل والجد والعرق والمثابرة، وأنه مهما كان قليلاً إلا أن الله يبارك فيه، ولذا يجب أن تتحرى مصادر الدخل والإنفاق، ويجب عليك كأب أن تكون قدوة فى ذلك، كيف تكسب قوتك؟ وكيف تنفق دخلك فى مصادر مشروعة؟ بهذا الفعل وحده يعلم الأولاد قيمة المال وأنه مهما كان فهو فى نهاية الأمر مجرد وسيلة لا غاية، تستحق أن نضعها فى موضعها الصحيح دون إسراف أو تقتير، وتذكر أخيراً أن المال الكثير أو (السايب) قد يقود إلى السرقة، والفرد قد يضطر أن يسرق أو حتى يقتل تحت إلحاح الحصول على المخدر.

سابعاً: الاضطرابات النفسية والجسدية والإدمان:

الإنسان عرضة للإصابة بالاضطرابات النفسية - بمختلف تصنيفاتها - وكذا الاضطرابات العقلية أو (الجنون) أو الجسدية مما يؤكد القول الشهير بأن السواء - أو عدم الإصابة بالمرض - خرافة لا وجود لها فى دنيا الواقع.

وهذه حقيقة لا جدال فيها إذ لا يوجد إنسان على وجه هذه البسيطة لم يتعرض فى يوم ما لقلق أو لحزن وربما لهلوسة، ناهيك عن إصابته بالعديد من الأمراض العضوية عبر مراحل حياته المختلفة، وقد يتعرض الفرد لأمراض معينة تترك آثارها فى هذا الشخص ولفترة طويلة، وربما طوال العمر مثل الإصابة بالجدرى مثلاً أو بشلل الأطفال وهكذا.

وعموماً فإن الأمراض تسبب العديد من الآلام مما يضطر الإنسان إلى

اللجوء إلى الأطباء المختصين للمداواة، فيشخص الطبيب ويكتب العلاج ويحدد الجرعات، ولكن قد يلجأ بعض الأشخاص وتحت ضربات الآلام الموجعة إلى زيادة الجرعة خاصة الأفراد الذين يعانون من اضطرابات نفسية أو عقلية، وتكون النتيجة أن يقع مثل هؤلاء الأشخاص فريسة للادمان لأنهم داووا أنفسهم بالتى كانت هى الداء. وتثير هذه القضية فى علم النفس قضية التشخيص المزدوج Doule diagnosis والتى تعنى أن الفرد يعانى من مشكلة نفسية إضافة إلى مشكلة الإدمان.

وهنا يثور التساؤل الهام: هل الإدمان ناتج عن الاضطراب النفسى؟ لكن الدراسات التى أجريت لحسم هذه القضية قد تضاربت، وإن كنا على قناعة الأن من حقيقة أن الإدمان قد يكون سابق أو مصاحب أو ناتج للاضطراب النفسى، وبالطبع فإن علاجٍ مثل هذه الحالات المزدودة يكون صعباً ويحتاج من المريض وأسرته مزيداً من المثابرة والإرادة والمتابعة.

أو حتى بدون استشارة الطبيب قد يلجأ إلى المداواة الذاتية من أجل تخفيف حدة الأعراض، أو يخضع لاستعمال وصفات من أفراد غير مؤهلين وتكون النتيجة أن الفرد يجد نفسه دون أن يدرى قد دخل إلى دائرة الإدمان.

وليست الاضطرابات النفسية والعقلية هى السبب المباشر للجوء للفرد إلى المداواة الذاتية، بل أن الإصابة بالأمراض الجسدية، والتى تترك آلاماً شديدة للإنسان يصعب عليه تحملها، وقد يضطر إلى استعمال بعض العقاقير المسكنة المركزية، وعادة تستعمل تلك المسكنات بشكل مؤقت ولإسعاف الشخص الذى يتألم ويعانى وتحت الإشراف الطبى الدقيق، ولكن إزاء ضربات الألم يستخدمه الإنسان لفترات طويلة أو بزيادة الجرعة مما يضطره إلى لإدمانها وربما استعمالها حتى بعد شفاءه من هذا المرض، ولهذا يجب أن نؤكد على الآتى:

١- عند الشعور بأى مرض - سواء كان جسمى أم نفسى - لابد من الذهاب إلى الطبيب.

٢- ضرورة الالتزام بتعليمات الطبيب فيما يتعلق بالدواء من حيث: الجرعة، والموعد، والمدة، دون زيادة أو نقصان.

٣- عدم استخدام أي أدوية مهما كانت وتحت أي مسمى بحجة أنها لا تسبب أضراراً أو إدماناً، فأي دواء لابد أن يكون له أعراضاً جانبية فما بالنا وأنها موصوفة طبياً.

٤- المفروض أن لا يتم صرف دواء من الصيدلية دون وصفة طبية.

٥- أخيراً لا تسرع إلى أخذ الأدوية، بل تمهل قليلاً وأعط جسدك الفرصة كي ينهض ذاتياً لمقاومة المرضى من خلال الوسائل الدفاعية المختلفة التي خلقها الله بداخلك وجعل مهمتها حمايتك من أي غزو خارجي.

ثامناً: الأصدقاء والإدمان:

يقول الرسول (صلى الله عليه وسلم) "المرء على دين خليله، فلينظر أحدكم من يصاحب"، ويقول الشاعر:

لا تسل عن الفتى وسل عن قرينه فكل فتى بقرينه يُعرف

ولعل هذا يؤكد أن تأثير الأصدقاء هام جداً وضروري، بل يعد من مصادر التنشئة الاجتماعية جنباً إلى جنب مع تأثير المدرسة والأسرة، وليس هذا فحسب بل وجدت العديد من الدراسات النفسية والاجتماعية أن تأثير الأصدقاء على الشخص يكون عميق المدى لأن هذه الصداقة أحياناً تمده بمعايير ووسائل جديدة قد تختلف عن المعايير السائدة في الأسرة وأحياناً المجتمع مما يعرض الشخص لتأنيب الجماعة، إضافة إلى تأثير الأصدقاء في تنمية اتجاهات نفسية تجاه بعض القضايا السائدة في البيئة التي يحيا فيها الفرد، كما تساعد على تنمية مهارة الاستقلال والاعتماد على النفس وتعمل على إتاحة فرص التجريب والتدريب على الأشياء الجديدة.

لذا لا عجب أن نجد أن تأثير الأصدقاء أحياناً يفوق تأثير الأسرة. وقد توصل "أريك أريكسون" والعديد من علماء النفس إلى أن الفرد، خاصة في

مرحلة المراهقة، قد يتمرد على سلطة الوالدين ويخضع تماماً لسلطة الأصدقاء (أى يتمرد هنا ويخضع لجماعة أخرى) وهى مرحلة هامة من مراحل النمو أطلق عليها "مرحلة البحث عن الهوية" أو "البحث عن الذات".

وقد توصلت نتائج العديد من الدراسات كيف أن عملية تجريب واستطلاع تعاطى المخدرات تكون فى البداية وغالباً تحت تأثير الأصدقاء وإلحاحهم مما يضطر الفرد إلى الدخول فى التجريب، ومع التكرار تنتقل المجاملة إلى الإدمان، ثم يقوم الصديق بدوره بتعليم هذه العادة إلى أفراد آخرين وهكذا.

وقس على ذلك أى سلوك انحرافى آخر غير الإدمان، وذلك لقوة تأثير الأصدقاء على الشخص وإحساسه أنهم الأقرب إليه، ولذا (يفضفض) معهم بكل ما يجول بخاطره من أحلام وآمال وإحباطات.

وقد كشفت العديد من الدراسات عن كيفية تأثير عامل الأصدقاء فى الإدمان بدءاً من دراسة المركز القومى فى مصر عام ١٩٦٤ مروراً بالعديد من الدراسات، ليس فقط فى مصر وإنما فى كافة الدراسات التى أجريت فى البلاد العربية والأوروبية، وهنا يأتى دور الآباء فى ضرورة السؤال عن (أصدقاء أولادهم)، وإلى أى البيئات والثقافات ينتمون، ويحاولون قدر الإمكان الاقتراب منهم، بل وزيارتهم أو تبادل الزيارات الأسرية حتى لا يكون الأولاد فى وادى غير وادى الآباء، وأحياناً يواجهه الآباء مشكلة رفض أبنائهم أن يبتعدوا عن بعض الأصدقاء المثار حولهم بعض الأقاويل، وهنا ننتبه إلى ضرورة الأسلوب الذى يتبعه الآباء فى كيفية التعامل مع هذه المشكلة إذ يجب أن يبتعدوا عن العنف والتسلط ويركزوا على تقديم المعلومات ويتركون للابن حرية الاختيار فى جو من المحبة والديمقراطية، ولذا نضمن أن لا يغيب أبناءنا عنا أو ينضمون إلى أصدقاء قد يخربون ما سهرنا الليالى فى نسجه.



تاسعاً: الضغوط والإدمان:

الضغوط Stresses قد لازمت الإنسان منذ أن هبط على سطح الأرض، وهو يعيش حالة جهاد مستمر مع نفسه ومع الطبيعة بهدف التكيف والتطور مع كافة ظروف الحياة لكى يحافظ على وجوده، ولذا فإن ضغوط الحياة ليست ظاهرة سيئة فى جميع الأحوال، بل توصل العديد من العلماء الذين تناولوا هذه القضية إلى أن بعض الضغوط قد يكون مفيد بل وضرورى، ويذكرنا ذلك بالقول الشهير إن (الضربات التى لا تقصم الظهر تقويه)، وهذا فى الواقع حقيقى.

والضغوط رغم أنها قدر قد لازمت الإنسانية إلا أن الضغوط فى حد ذاتها ليست مشكلة، بل المشكلة فى كيفية إدراكها. وقد أمكن للعلماء تقسيم الضغوط إلى: ضغوط طبيعية مثل الضغوط الناتجة عن حدوث وانفجار البراكين والزلازل والسيول، أو تكون ضغوطاً خاصة بالعمل أو المهنة التى يعمل بها الفرد، علماً بأن لكل مهنة ضغوط خاصة بها، أو تكون ضغوط اجتماعية ناتجة عن ضرورة خضوع الفرد للعادات والتقاليد السائدة فى البيئة التى يعيش فيها، أو قد تكون ضغوط نفسية، أو ضغوط مالية ناتجة عن الفقر وعجز الإنسان عن شراء ما يريده. وهناك فروق فردية بين الأفراد فى التعامل مع هذه الضغوط فبعضنا يتعامل بصورة طبيعية والبعض الآخر يتعامل بصورة مرضية، ولكن فى كل الأحوال يجب أن لا يهرب الفرد فى مواجهة الضغوط، وإذا استطاع – وهذه أعلى درجة من التوافق – أن يتجنب أصلاً التعرض لهذا العامل.

وعموماً يلجأ بعض الأفراد حين يتعرضون لضغوط ما أن يلجأوا إلى تعاطى المخدرات، وقد يكون ذلك بالوهم أو تحت تأثير البعض مؤكداً تجربته السابقة فى هذا المجال، بيد أن الهروب واللجوء إلى الإدمان لا يحل أبداً المشكلة بقدر ما يساعد على تراكم المشاكل، وبدلاً من التفرغ لحل مشكلة واحدة يجد الفرد نفسه أمام (زملة من المشاكل).

غير أننا يجب أن نشير إلى العديد من الدراسات التى كشفت أن البعض منا ضعيف وأن بناءه النفسى هش ومن الممكن أن يتزلزل أمام أى ضغط حتى وإن كان تافهاً، وهنا نؤكد على ضرورة التربية خاصة فى السنوات المبكرة إذ يجب علينا كآباء أن نربى لدى أولادنا سمة الاستقلال والاعتماد على النفس، وأن يتدربوا تحت إشرافنا على كيفية مواجهة مشاكل وضغوط حياتهم، وأن نقتنع كآباء أننا لن نخلد لأولادنا، وأن التدخل أحياناً وفرض اختيارات معينة عليهم قد يضرهم أكثر مما يفيدهم، وأن المساعدة الحقيقية التى نقدمها لأولادنا هى أن نتركهم يخطئون حتى يتعلموا من الخطأ أما التدخل والحماية أو الإهمال فإنه قد يترك أثاراً بعيدة المدى فى الفرد تجعله أحياناً عاجزاً عن اتخاذ قراره وتجعله (يغرق فى شبر ماء) رغم سنواته الطويلة وإذا كنا لا نستطيع – كآباء – أن نمنع كوارث وشدائد الحياة فمن الممكن أن نربى لديهم الصلابة النفسية والقدرة على بناء دفاعات داخلية تستثار حين يواجه الفرد أى ضغوط.

هل المدمن مريض أم مجرم؟

الإنسان منذ بدء الخليقة وهو فى سعى حثيث دائب للبحث عن طريقة يجعل بها حياته أكثر قبولاً وأكثر لذة، وفى نفس الوقت تلطف وتقلل من كم الضغوط والمتاعب التى تصاحب بالضرورة الوجود الإنسانى.

ولعل أزمة الإنسان المعاصر قد تجلت فى العديد من مظاهر الاختلال والاضطراب والتى أصبحت سمة أساسية فى عالمنا المعاصر مع انتشار الحروب والدمار وتفجر العدوانية والقلق وغيرها من مظاهر الاضطرابات النفسية والعقلية والانحرافية.

واكتشاف المخدرات ليس شيئاً حديثاً فى عمر البشرية، وإن كان بعض أشكاله أو بعض طرق استخدامه وتعاطيه تعد نتاجاً حديثاً للبحوث الطبية الفارماكولوجية، وعلى أى حال فقد عرف الإنسان منذ عصور موغلة فى القدم



المخدرات الطبيعية (مثل الحشيش والأفيون) وينطبق نفس الشيء على الخمر، والتي ذكر العديد من العلماء أن إنسان العصر القديم كان يخمر التوت قبل الميلاد، وأن نبيذ العسل كان معروفاً من ٨٠٠٠ سنة قبل الميلاد، وكان معظم هذه الاكتشافات يتم بالصدفة أو بالمحاولة والخطأ، بل وتوصل العديد من الأفراد الذين يستخدمون العديد من المواد التي تنتمي إلى المخدرات في طعامهم مثل: جوزة الطيب، والزعفران، والعنبر لما لها من تأثير مميز، ورغم ذلك نجد العديد من الأفراد مازالوا حتى الآن يستخدمونها لإضفاء نكهة على غذائهم وطعامهم.

كما أن العديد من المواد المخدرة قد استخدمها الإنسان في الطب منذ أزمنة بعيدة، أو استخدمها أيضاً بكثرة في إجراء العمليات الجراحية وإحداث نوع من التشوش الذهني حتى يتمكن المعالج من إجراء العملية الجراحية، خاصة البنج والأفيون إضافة إلى أن العديد من المواد المخدرة مازالت تستخدم بكثرة في المجال الطبي منها أدوية للمغص ومن أشهرها البلادينال والبسكوبان والبازموسباليجة، وكذا أدوية الكحة وغيرها من الأدوية التي بها بعضاً من المواد المخدرة.

أيضاً تستخدم هذه المواد المخدرة الطبيعية في ممارسة الطقوس الدينية التي كانت تقوم على السحر واستجلاب الأرواح ولذلك فهم قد يتعاطون هذا المخدر لخلق حالة من التخدير تتراوح ما بين السبات التام والنشوة الخفية اعتقاداً منهم بأن هذه الحالات البين بين (أي بين اليقظة والنوم العميق) تسهل الاتصال بعالم الأرواح أو بالقوى الإنسانية الرفيعة.

والخلاصة أن جميع أنواع المواد المخدرة قد عرفها الإنسان منذ عصور موغلة في القدم واستخدمها لأغراض شتى، مازال بعضاً من آثارها أو استخداماتها قائمة حتى الآن.

وهنا نتساءل: لماذا أصبح الإدمان أو تعاطي المخدرات كارثة؟ وفي هذا القرن بالذات؟ ولماذا أصبح تناول المخدرات خطراً يهدد الأفراد ويجعل الدولة تجند كافة الإمكانات لمواجهة هذا الوباء وفي هذا القرن بالذات؟ وإذا كانت

المخدرات قد استخدمها الإنسان منذ القدم لأغراض شتى، كما سبق وأن أوضحنا فى عجالة، فلماذا أصبحت كارثة ومشكلة فى هذا الوقت بالذات؟ ولعل الإجابة على هذه الأسئلة المثارة تجرنا إلى ذكر العديد من الحقائق والتى يجب أن لا تغيب عن أعيننا وبصيرتنا لحظة ما. وهذه الحقائق هى:

١- أن ظاهرة تعاطى المخدرات وإدمانها قد أصبحت ظاهرة عالمية وليست قاصرة على مجتمع بعينه دون غيره من المجتمعات.

٢- أن الاختراعات الحديثة أدت إلى خلق مواد مخدرة من مواد مخدرة طبيعية كتصنيع المورفين والهيروين من الأفيون على سبيل المثال، وهى أكثر فتكاً للإنسان وأسرع إدماناً من تلك المواد الطبيعية.

٣- أن ظاهرة الإدمان أصبحت لا تهدد الفرد فحسب بالموت والدمار، بل أصبحت تهدد بنيان المجتمعات فى الجهات الأربع (سواء على المستوى الدولى والقومى والمحلى والفردى).

٤- أن علاقات الإدمان متشابكة وتأخذ حلقات متصلة ودائرية هى: التاجر، والموزع، والمتعاطى، ناهيك عن شركات التهريب والاتجار الدولية والتى قد تفوق سطوتها وبأسها أحياناً وفى بعض المناطق قوة وبأس وسلطة الدولة نفسها.

٥- أن نتائج العديد من الدراسات - سواء المحلية أو الدولية - قد أثبتت حقيقة أخرى، وهى أن تعاطى المخدرات غالباً ما يبدأ بين سن ١٥ : ١٧ سنة وهو العمر الذى يغلب أن يبدأ الشباب عنده تدخين السجائر، ولا شك أن تدخين السجائر يعد الباب السحرى إلى الإدمان بكافة أشكاله وصنوفه فى الغالب.

٧- أن الإدمان يعد مؤشراً إلى وجود (خلل ما) فى البنية الاجتماعية وغالباً ما تكون الأسرة أو الأسر التى انحدر منها هؤلاء المدمنون، وقبل أن نتعامل مع النتائج (أى الإدمان أو الجرائم أو الانحرافات)

يجب أن نتعامل مع الأسباب التى أدت إلى هذه النتائج، كما سبق وأن أشار الباحث فى مقال نشر بجريدة الأهرام، بتاريخ ١٩٨٩/٩/٢١ بعنوان "خلصوا الشباب من مشاكله أولاً" وكان ذلك فى معرض التصدى لتقديم وجهة نظر تشخيصية علاجية لمشكلة الإدمان.

٨- أن الخريطة السابقة (لتعاطى المخدرات) كانت دوماً تشير إلى أن التعاطى ينتشر بين أفراد الطبقات الدنيا، وهنا نجد العلاقة بين الأمية والإدمان، والفقر والإدمان، وتدنى مستويات المعيشة والإدمان....الخ. ولكن الخريطة الحديثة للادمان تؤكد أن الإدمان أصبح كالوباء من الممكن أن ينتشر فى جميع الطبقات غير مفرقاً بين هذا وذاك ومتخطياً بجدارة لكافة الجدران والمسميات.

هل الإدمان جريمة؟

دخل الإدمان دائرة التشريع، وسنت القوانين وعدلت مرات عديدة تبعاً لظروف يراها المشرعون، والملاحظ أن العقوبات تزداد شدة مع مرور الزمن بل وعقدت العديد من الدول العديد من الاتفاقيات الدولية والعالمية كما سبق وأشرنا.

والإدمان بحلقاته الثلاثة (الزارع - التاجر - المتعاطى) فى عرف القانون يعد جريمة أكثر منه مرضاً، حيث يقر القانون أن الإدمان جريمة تضر بالمدمن وبالمجتمع، وتكفى المصاريف الباهظة التى تنفق للحصول على المخدر مما يضر باقتصاد البلد - أى بلد-، ومن هنا جاءت فلسفة العقاب والتى تنهض على مسلمة أساسية مفادها "على قدر الضرر الناتج عن الجريمة يكون العقاب" وهى فلسفة تهدف فى بادىء الأمر ونهايته إلى سلامة واتزان المجتمع، ومن هنا تتدرج العقوبة من الحبس مع وقف التنفيذ، إلى الحجز فى المصحات النفسية، إلى السجن، إلى الأشغال الشاقة المؤبدة إلى الإعلام إن كان المتهم جالباً أو مروجاً للمخدرات، ولكن القوانين قد وصلت إلى درجة من الإنسانية بدرجة كبيرة إلا وهى أن المتعاطى يعفى من العقوبة إذا تقدم من تلقاء نفسه أو

حوله أحد أقاربه أو أسرته أو حتى أمر القاضى بإيداعه مصحة للعلاج.

وأنا شخصياً لا أمانع من تطبيق عقوبة الإعدام على التاجر والمروج ولكن الضحية (المتعاطى) يجب أن نأخذ بيديه ونحاول إقناعه حتى ننمى الدافعية ونزيد من درجة الاستبصار لديه بطبيعة المشكلة التى يعانى منها بضرورة العلاج لما فى ذلك من فائدة له ولأسرته وللآخرين.

هل الإدمان مرض؟

لا أحد يريد أن يكون مدمناً للمخدرات، ذلك أن الإدمان مرض يصيب الإنسان فى بعض الأحيان رغم إرادته. ونقصد بالفرد المدمن ذلك الذى لا يستطيع أن يقوم بعمله إلا بعد أن يتناول مقداراً مناسباً من المخدرات قد اعتاد عليها، ونتيجة لهذا فإن عمله وإنتاجه يقل ويتدهور شيئاً فشيئاً، وكلما وجد نفسه غير قادر على الإنتاج المطلوب منه يزيد من كمية المخدر الذى يتناوله وهكذا يظل يزيد من الجرعة أو الكمية حتى يصل إلى درجة (الإنهاك التام) ويتدهور الحال على كافة الأصعدة والمستويات.

ويفسر العديد من العلماء ظاهرة أن الإدمان مرض لأنه يكون – أى الإدمان – فى الغالب عَرض أو أكثر من عَرض لاضطراب فى الشخصية، تبدأ منذ الطفولة ولهذا فهو يعتبر ستاراً لاضطراب نفسى أو عقلى يخفف من الاضطرابات والارتباك الداخلى للجهاز النفسى لفترة من الزمن، ولكنه يمهد تدريجيا إلى الانتحار العقلى أو إلى الانتحار البطىء أو إلى مرض عقلى مزمن.

ولكن يفسر بعض علماء الاجتماع ظاهرة أن الإدمان مرض يرفض هذه الفكرة قائلين إن الإدمان مثله مثل أى شىء يتم تعلمه من خلال البيئة التى يتواجد فيها الآخرين، كما أن هناك العديد من الأفراد الذين يعزون تورطهم فى الإدمان إلى أن استخدام الأدوية المخدرة خلال فترة الاضطراب (القلق أو الاكتئاب أو أى اضطرابات أخرى عقلية تستدعى الاستمرار فى تناول أدوية معينة) فإنهم عادة ما تظهر عليهم عيوب أو نقائص فى الشخصية



تدفعهم إلى ذلك، ومن هذه العيوب محاولة الهروب من الحقيقة بالانغماس في إدمان المخدرات.

وتؤكد إحدى اللجان التابعة لمنظمة الصحة العالمية أن الإدمان لا يقتصر على سبب واحد دون سبب آخر لأن أسباب الإدمان تتعدد فقد تكون عوامل خاصة بشخصية الفرد أو بظروفه الاجتماعية أو الاقتصادية أو نتيجة لأى خلل قد حدث فى أى جانب من جوانب شخصية الفرد والتى سبق وأن أشرنا إليها أثناء الحديث عن جوانب الوقاية.

وإذا تفحصنا العديد من كتب الطب النفسى لوجدنا أنها تفرد باب للإدمان على أساس أنه مرض له علامات وأعراض وله أيضاً علاج وبأن الإدمان مرض، وأنهم لم يختاروه بإرادتهم ولكنهم يعانون من مرض يظهر فى صورة معادية للمجتمع، بل ويشخصون هذا المرض وعلاماته وهم من المدمنين السابقون الذين خبروا تجربة الإدمان حتى النخاع إلا أنهم قد توقفوا الآن وهذه العلامات هى:

١- أن هذا المرض - أى الإدمان - قد عزلهم عن باقى الناس إلا فيما يتعلق بالحصول على المخدر.

٢- أنهم أصبحوا يشعرون بالمرارة ورفض المجتمع لهم ونبذهم.

٣- أن تعاطى المخدرات أصبح الوسيلة الوحيدة لهم فى الحياة.

٤- أن المدمن - حتى بعد أن وقع فى دائرة التعاطى - مازال المخدر يسيطر عليه (وهم) مفاده أنه يستطيع أن يتحكم فى التعاطى وكميته، إلا أن ذلك قد أوقعه فى دائرة الفشل والمراوغة.

٥- أن الإدمان قد جعل نمط تفكيرهم، ومحور حياتهم يدور حول المخدرات.

٦- وأخيراً فإن الإدمان مثله مثل أى مرض قابل للشفاء، وأن الشفاء تتضح ملامحه إذا بدأ فى التوقف، والتوقف الفورى دون اشتراط شروط معينة للتعافى، وأن يظل الفرد مستبصراً بمشكلته باستمرار.

ولابد من الاعتراف بأن الإدمان مرض حتى يتم علاجه، ويتطلب هذا الإقرار اعتبار الإدمان مرضاً أولياً أساسياً شأنه شأن بقية الأمراض المزمنة كأمراض القلب والسكر، ولما كانت الأمراض المزمنة هي أقرب الأمراض إلى الانتكاس فإن الأمر يتطلب الرقابة (بطريقة غير مباشرة) لطريقة حياة المريض المدمن وتغيير الكثير من عاداته السلوكية حتى تقلل من خطر الانتكاس.

والواقع أن الإجابة عن هذا التساؤل: "هل الإدمان مرض أم لا؟"، نجد فريقين، فريق يوافق على ذلك، وفريق يعارض، ولكن الشيء الذى لا يجب إغفاله أن (الإدمان ظاهرة) إنسانية ويجب التعامل معها والتوصل إلى طرق عملية علاجية فعالة لمواجهتها أما إخفاء الحقيقة عن العيون وأن تعترينا ثورة من الانفعال والتعصب فإن ذلك لن يحل المشكلة، كما أن اللجوء فقط إلى العقاب دون العلاج لن يحل أبداً المشكلة.

أن الإدمان كظاهرة قد فرضت نفسها على الإنسان وتفكيره، ولن تحل هذه المشكلة إلا بتضافر الجهود المخلصة ومن جميع التخصصات التى تريد أن تعي وتفهم، وأن نتعامل مع الإنسان كإنسان وليس كأرقام، ولذلك لا غرو أن نجد كافة العلوم الإنسانية قد حاولت وتحاول أن تساهم بقدر ما (قل أو كثر) من جهود علماءها في مواجهة وعلاج مشكلة الإدمان دوماً واستمراراً، أو قد يخطو خطوة أخرى فى تعليمه حرفة ما يستطيع من خلال إتقانها أن يتغلب على مشكلة البطالة، وأن يواجه المجتمع بحرفة ما يستطيع أن يتكسب منها ويثبت ذاته من خلال هذا العمل وهذا فى حد ذاته جوهر التأهيل النفسى والاجتماعى والمرضى لمتعاطى المخدرات.... وهى خطوة جد هامة إذا أردنا فعلاً التعامل بجدية في التعامل مع مشكلة التعاطى وكثرة التورط فى الانتكاس. (محمد حسن غانم، ٢٠٠٤؛ محمد حسن غانم، ٢٠٠٥-ب).

وسوف نقدم نماذج من دراسات سابقة فى مجال الوقاية من تعاطى المخدرات فى الفصل القادم.

الفصل الثامن

دراسات سابقة فى الوقاية من تعاطى المخدرات

محتويات الفصل:

أولاً: دراسات عربية فى مجال الوقاية من تعاطى المخدرات.

ثانياً: الجهود الأجنبية فى مجال الوقاية من تعاطى المخدرات.

«ليتنا نستفيد من التراث الغربى ونصمم
برامج وقائية توجه الفئات المستهدفة للوقوع
فى (بؤرة الإدمان) بدلاً من اللجوء إلى الوعظ
والإرشاد والتخويف وربما العقاب».

المؤلف

إن المتتبع للدراسات الميدانية فى البيئة العربية يجد ندرة واضحة فى الدراسات التى اهتمت بالوقاية، أو دراسات قد اتكأت على برامج وقائية ونهضت بتطبيقها على أكبر عدد ممكن من الفئات المستهدفة للوقوع فى التعاطى.

وسوف نحاول من خلال هذا الفصل التعرض لمثل هذه الدراسات:

أولاً: دراسات عربية فى مجال الوقاية من تعاطى المخدرات:

دراسة جمعة سيد يوسف: دراسة استكشافية لدور المرشدين الطلابيين فى الوقاية من تعاطى المخدرات.

حيث تكونت عينة الدراسة من ٥٦ مرشداً طلابياً من مناطق مختلفة بالمملكة العربية السعودية، وتم اختيارهم بطريقتين: الأولى مجموعة المرشدين المنتظمين بدبلوم التوجيه والإرشاد الطلابى بكلية التربية جامعة الملك سعود للعام الجامعى ١٤١٤/١٤١٥هـ، والثانية من خلال اتصالات مباشرة ببعض المرشدين الطلابيين من غير الملتحقين بهذا الدبلوم ساعد فيها بعض طلاب الدراسات العليا بقسم علم النفس، وقد تراوح المدى العمرى بين ٢٥، ٣٧ عاماً بمتوسط عمرى ٢٩، ٣٠ وانحراف معيارى ٢,٤٥، وتتراوح فترة عملهم فى مهنة الإرشاد الطلابى بين ثلاثة أعوام وعشرة أعوام بمتوسط ٦,٤ وانحراف معيارى ١,٩، ويعملون بمراحل التعليم المختلفة (ابتدائى - متوسطة - ثانوية)



أما أداة الدراسة فقد قام الباحث بإعداد استبيان مكون من ثلاثة أجزاء رئيسية، يدور الأول حول البيانات الأولية عن المجيب، والثانى يحتوى على بعض الأسئلة المحددة (١٥ سؤالاً) تعطى صورة موجزة عن ثقافة المجيب حول موضوع المخدرات، والجزء الثالث عبارة عن مجموعة من الأسئلة المتنوعة تدور حول موضوع الوقاية من تعاطى المخدرات والدور الممكن والفعلى للمرشد الطلابى، مجموع هذه الأسئلة (الرئيسية والفرعية) ٢٥ سؤالاً.

وسوف يقتصر عرض النتائج على الجزء الأول الخاص بمقترحات الوقاية على المستوى العام، حيث جاءت كالآتى:

١- لا توجد اقتراحات محددة.

٢- تقوية الوازع الدينى.

٣- استخدام وسائل الإعلام فى التوعية.

٤- عقد الندوات والدورات وتوزيع المنشورات.

٥- تشديد العقوبة وتشجيع المكافحة.

٦- التركيز على دور الأسرة.

٧- التعرف على حاجات الشباب لقضاء أوقات الفراغ.

٨- تقليل العمالة الأجنبية ومراقبة المسافرين والداخلين.

٩- توفير الخدمات الإرشادية فى المدارس.

١٠- القضاء على البطالة.

فى حين جاءت الإجابة عن المقترحات الخاصة بدور المرشد الطلابى فى الوقاية كالآتى:

١- عمل النشرات واللوحات وعقد اللقاءات.

٢- دعوة أولياء الأمور ومناقشتهم.

٣- عمل مسرحيات وحفلات وعرض أفلام.

٤- ملاحظة الطلاب فى الفسح ووضع جواسيس بينهم للإخبار عن أى تعاط.

٥- وضع التشريعات التى تخول للمرشد الكشف عن المتعاطى.
٦- تكوين الجماعات وتنظيم المسئوليات.
٧- أخرى لا تدخل ضمن اختصاص المرشد (كتغيير المنهج).

وعن الإجابة عن ماهية هذه الوسائل كما يعرفونها أو يتصورونها ماداموا يرون أنها موجودة. جاءت الإجابات كالآتى:

١- ملاحظة التغيرات فى سلوك الطالب ومظهره.
٢- الاستعانة بملاحظة الأسرة لأبنائها.
٣- إجراء التحاليل الطبية من آن لآخر.
٤- تطبيق الاختبارات النفسية.
٥- ملاحظة التغيرات فى سلوك الطالب + الاستعانة بالأسرة.
٦- ملاحظة التغيرات فى سلوك الطالب + إجراء التحاليل الطبية.
٧- لا توجد إجابة محددة. (جمعة سيد يوسف، ١٩٩٧، ٨٦-١٢٩).

ويتضح من الدراسة السابقة أنها ركزت على دور المرشدين الطلابيين فى المدارس بمختلف مراحلها (ابتدائى - إعدادى - ثانوى) وهى دراسة هامة لأنها تتناول رؤية المرشد الطلابى للمشكلة وكيفية الوعى بأدواره المختلفة التى من الممكن أن يقوم بها فى الوقاية أو الكشف عن حالات التعاطى خاصة فى البدايات الأولى لها. ويمكن أن يقوم بها الأخصائى النفسى فى المدارس والجامعات فى مصر بعد أن صدر قرار بعمل الأخصائيين النفسيين فى المدارس فى ٥/٥/١٩٩٠م.

٢- دراسة إدارة الخدمة الاجتماعية والنفسية بدولة الكويت:

حيث تناولت الدراسة عينة من طلاب المرحلة الثانية (ن=٢٠٠٠) ضمت تقريباً عينات مختلفة من طلاب المرحلة الثانوية بدولة الكويت وعدد من أولياء الأمور والمدرسين. وقد اتفق الجميع على أن طرق الوقاية من المخدرات يكون بالوسائل الآتية:



١- زيادة الرقابة على الأبناء.
٢- تقوية الوازع الدينى.
٣- ضرورة تقوية الرقابة على الحدود.
٤- زيادة التوعية الإعلامية فى المدارس.
٥- إعدام تجار المخدرات.
٦- العمل على شغل أوقات الشباب بأنشطة مفيدة.
٧- الرقابة على عملية صرف الأدوية خاصة تلك التى تدخل فى الجداول.
(إدارة الخدمات الاجتماعية والنفسية، ١٩٩٨).

ولعل أهم ما قدمته هذه الدراسة أن العينة قد اشتملت على فئات مختلفة (طلاب ثانوى - أولياء أمور - أعضاء من هيئة تدريس) على أساس أنهم المعنيون بالأمر وبالتالى فإن ما قدموه من اقتراحات أو استراتيجيات عملية جد هام فى مسألة الوقاية من تعاطى المخدرات.

٣- دراسة عويد المشعان (٢٠٠٠):

على عينة مكونة من (٣٠٣) من طلبة جامعة الكويت بواقع ١٤٨ من الذكور، وعدد ١٥٥ من الإناث. وقد تم توجيه سؤال لهم عن أهم العوامل - من وجهة نظرهم - التى تؤدى إلى الوقاية من تعاطى المخدرات، وتوصل الباحث إلى العديد من النتائج منها:

١- التنشئة الاجتماعية السليمة للأبناء.
٢- زيادة التوعية الإعلامية.
٣- تقوية الوازع الدينى.
٤- الابتعاد عن الصحبة السيئة.
٥- شغل أوقات الفراغ بهوايات وأنشطة مفيدة.
٦- تقوية الرقابة الأسرية.
٧- تشديد الرقابة على المنافذ.

٨- تشديد القوانين ضد تجار المخدرات.

٩- إنشاء مراكز لعلاج وتأهيل المدمنين.

١٠- عدم الإسراف فى إعطاء المال.

١١- عدم السماح للأبناء بالسفر إلى الخارج.

١٢- توضيح الآثار السلبية الناجمة عن تعاطى المخدرات.

١٣- الحد من استخدام العمالة الأجنبية.

١٤- الابتعاد عن التدخين.

١٥- تطبيق قوانين الإعدام. (عويد المشعان، ٢٠٠٠).

ولعل الجديد فى هذه الدراسة أنها طبقت على طلاب الجامعات، ولذا فقد أتت العديد من التوصيات والاقتراحات تتفق وطبيعة هذه العينة، كما أن الاقتراحات قد جاءت لتعكس قدراً من الوعى والاستبصار بطبيعة العوامل المختلفة والتى تقود إلى إمكانية التورط مستقبلاً فى تعاطى المخدرات.

٤- دراسة إدارة الخدمة الإجتماعية والنفسية بوزارة التربية والتعليم بدولة الكويت:

نهضت إدارة الخدمة الاجتماعية والنفسية بوزارة التربية بدراسة عينة من طلاب المرحلة الثانوية (ن=٣٦٧٢) وعينة من أولياء أمور (ن=٧٣٣) وعينة من الهيئة التعليمية (ن=٣٥٧) وتوصلت الدراسة إلى عدداً من النتائج منها:

١- الاهتمام بالعيادة المدرسية وأن تحتوى على كافة التخصصات الطبية والنفسية.

٢- رقابة الوالدين لأبنائهم.

٣- شغل أوقات الفراغ بأنشطة مفيدة.

٤- إعدام تجار ومروجى وموزعى المخدرات.

٥- زيادة التوعية بمضار المخدرات بالمدارس (عن طريق المحاضرات أو الكتيبات الإرشادية).

٦- الرقابة على صرف الأدوية المخدرة.



٧- سجن المتعاطين.
٨- الرقابة الشديدة على الحدود.

مع الأخذ فى الاعتبار أن أفراد العينة الثلاثة (طلاب - أولياء أمور - الهيئة التعليمية) قد اتفقوا على ذكر العوامل السابقة كعوامل أساسية تساعد على الوقاية من تعاطى المخدرات.

(إدارة الخدمة الاجتماعية والنفسية، ٢٠٠٣).

٥- دراسة عويد مشعان عن: العوامل التى تؤدى إلى الوقاية من تعاطى المخدرات من وجهة نظر الطالب الجامعى بدولة الكويت (٢٠٠٤).

حيث أجريت الدراسة على عينة مكونة من (٣٥٠) من طلبة الجامعة فى دولة الكويت بواقع (١٧٧) من الذكور، (١٧٣) من الإناث وكانت أداة الدراسة عبارة عن سؤال مفتوح عن العوامل التى تؤدى إلى الوقاية من تعاطى المخدرات. وقد تم التوصل إلى العديد من النتاجئ حيث اتفق الذكور مع الإناث فى أن العوامل التى تؤدى إلى الوقاية من تعاطى المخدرات تتلخص فى:

١- تقوية الوازع الدينى.
٢- الابتعاد عن رفقاء السوء.
٣- زيادة الرقابة الأسرية.
٤- شغل أوقات الفراغ.
٥- زيادة الترابط والتماسك الأسرى.
٦- زيادة برامج التوعية الإعلامية.
٧- توضيح الآثار السلبية الناجمة عن تعاطى المخدرات.
٨- التغلب على الضغوط الاجتماعية والدراسية.
٩- وضع القوانين الرادعة ضد تجار المخدرات.
١٠- تشديد الرقابة على المنافذ.
١١- تعليمه القدرة على المواجهة على حل المشكلات.

١٢- الابتعاد عن التدخين.

١٣- التغلب على الإحباط الوظيفى.

١٤- إنشاء مستشفيات متخصصة لعلاج المدمنين.

١٥- الابتعاد عن السفر.

١٦- حل مشكلة البطالة.

١٧- تطبيق قانون الإعدام على التاجر والمروج.

١٨- عدم الإسراف فى إعطاء المال.

١٩- الحد من استخدام الأيدى العاملة الأجنبية (غير العربية).

٢٠- الحد من التقاعد المبكر. (عويد مشعان، ٢٠٠٤، ١٦١-١٨١).

ويتضح من خلال نتائج هذه الدراسة التى أجريت على طلاب الجامعة فى دولة الكويت أنها لا تختلف فى نتائجها عن ما تم التوصل إليه فى الدراسات السابقة.

ويتضح أن الجهود العربية فى مجال الوقاية من تعاطى المخدرات جد قليلة، ويمكن تلخيص الموقف كالآتى:

١- أن كل الجهود العربية على المستوى القومى موجهة نحو القيام بدراسات وبائية تهدف إلى:

- تحديد حجم الظاهرة.
- تحديد العوامل المهيئة للتعاطى بمختلف مستوياتها.
- محاولة تحديد العوامل الاجتماعية والنفسية المرتبطة بالتعاطى.

ويمكن اعتبار الدراسات الوبائية التى أجريت تحت مظلة المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية خير نموذج على ذلك خاصة وأن العينات تكون كبيرة نسبياً وبالتالى يمكن الاستفادة التطبيقية من نتائج مثل هذه الدراسات (الأبيديميولوجية). ويقرر مصطفى سويف (١٩٩٠) أنه يمكن الإفادة التطبيقية من الدراسات الأبيديميولوجية فى:

١- لكى نضع برنامجاً أياً كان مضمونة موجهاً إلى توفير أو تحسين

خدمة محددة بعينها، أو إلى السيطرة على موقف المخدرات فى المجتمع بوجه عام لابد من أن يتوفر لدينا تقدير معين، على درجة معقولة من الدقة، للأبعاد الرئيسية للمشكلة.

٢- تستطيع البحوث الأبيديميولوجية أن تكون مفيدة فى ميدان تقدير قابلية أى مادة نفسية لأن تُحدث الإدمان عند متعاطيها لأن هذه الدراسات قد تكشف عن:

أ- مواد جديدة يشيع تعاطيها بغير تصريح طبى.

ب- زيادة ملموسة فى معدلات تناول مواد معروفة فعلاً.

ج- تفيد فى دعم مصداقية التصنيف الفارماكولوجى لعقار ما بأنه ذو إمكانيات إدمانية وذلك بإلقاء الضوء على مدى انتشار تعاطيه وطبيعة هذا التعاطى.

٣- الاستغلال التطبيقى للعلاقات الوظيفية التي تكشف عنها البحوث الأبيديميولوجية بين المتغيرات تعتبر مجالاً ثالثاً للإفادة. وقد تم الاستفادة من هذه النقطة فى الدراسات التى أجريت على قطاعات مختلفة من الشباب للتوصل إلى مجموعة من الحقائق منها أن حوالى ٢٥٪ فقط من بين يجربون التعاطى يستمرون فى تعاطيهم والباقي يتوقفون.

٤- الاستفادة من بعض النتائج الوصفية فى حدودها المباشرة، ومن هذه العوامل السن، الجنس أو النوع، المهنة، الحالة الصحية، المستوى التعليمى، الانتماء الثقافى، المكانة الاجتماعية والاقتصادية، الموقع الجغرافى، وأن دلالة هذه المعلومات تكون جد هامة للوقوف على العديد من العوامل مثل:

أ- توصلت الدراسات الأبيديميولوجية - فى مصر - إلى أن التعاطى يبدأ بين ١٢ و ٢٠ سنة، أما العمر المنوالى أو الشائع

فيقع بين ١٥ و ١٦ سنة.

ب- وهذه المعلومة جد هامة لأنها ترينا بصورة عملية أى الفئات السنية التى يجب أن يتجه إليها برامج التوعية والوقاية من تعاطى المخدرات.

ج- تبين من الدراسات السابقة أن نسبة الإقدام على تجربة التعاطى بين تلاميذ الدراسة الأدبية فى المدارس الثانوى تفوق كثيراً نسبة الإقدام المناظرة بين تلاميذ الدراسة العلمية، والنسبة بين النسبتين هى ٣: ٢ تقريباً.

د- تبين أن الشباب المتعاطين كانوا دائماً أكثر من غير المتعاطين تعرضاً لما نسميه (ثقافة المخدرات) فأفراد الفريق الأول (أى الذى يتورط فى التعاطى) قد يسمع أو يشاهد أو يكون له أقارب يتعاطون مادة أكثر من المواد المخدرة. وجدير بالذكر أنه يمكن الاستفادة من هذه المعلومة فى إجراء العديد من برامج التحصين السلوكى لمثل هذا التعرض. (مصطفى سويف، ١٩٩٠).

هـ- توجد بعض الجهود الفردية لتصميم برامج للوقاية من تعاطى المخدرات استناداً على استراتيجيات معينة مثل: الاستراتيجية التى اقترحها مصرى حنورة إلى وزارة التربية بالكويت، وهى عبارة عن استراتيجية للتعامل مع مشكلة تعاطى المخدرات بين الطلبة والطالبات عبر مراحل التعليم، والاستراتيجية المقترحة تتكون من ثلاثة أجزاء:

الجزء الأول: يختص بتحديد العوامل المهيئة للتعاطى بمختلف مستوياتها.

الجزء الثانى: يختص بإجراءات الوقاية المجتمعية.



الجزء الثالث: يختص بتنمية مهارات الفرد الذاتية، وتنمية مهارات الابتكار والإرادة. (مصرى حنورة، ١٩٩٨).

ثانياً: الجهود الأجنبية فى مجال الوقاية من تعاطى المخدرات:

قام كاتب هذه السطور بإجراء مسح سابق للدراسات الأجنبية فى هذا الصدد، وقد توصل - بداية - إلى الملاحظات الآتية:

١- توجد كثرة من البرامج والمسميات والاستراتيجيات العملية والتطبيقية التى تهدف إلى الوقاية من تعاطى المخدرات.

٢- أن كل برنامج من هذه البرامج يهدف إلى تنمية مهارة أو قدرة معينة لدى الفرد (أو الفئة) المستهدفة لإمكانية الوقوع أو التورط مستقبلاً فى تعاطى المخدرات.

٣- أن معظم هذه الدراسات قد أجريت فى الولايات المتحدة الأمريكية وكندا، وقليل منها قد أجرى فى بعض دول أوروبا الغربية وجنوب شرق آسيا (وتحديداً الهند والصين).

٤- معظم هذه الدراسات والبرامج والاستراتيجيات قد أجرى فى نطاق المدارس (خاصة المدارس الثانوية حيث فترة المراهقة وما يعتور هذه المرحلة من أنماط سلوكية متمردة فى الغالب)، وقليل من هذه الدراسات قد أجرى خارج نطاق مجتمع المدرسة.

٥- أن غالبية هذه الدراسات والبرامج قد تناولت الأشخاص غير المتعاطين، وقليل من هذه الدراسات والبرامج قد تناولت بالفعل أفراد مازالوا فى البدايات الأولى للتعاطى.

٦- أن الدراسات والبرامج التى تناولت الوقاية من تعاطى المخدرات قد ركزت على جوانب معينة فى الشخص (لكى يكون قادراً على مواجهة إغراءات المخدرات أو عدم الوقوع تحت تأثير الأصدقاء) ومن هذه المهارات:

أ- دراسات هدفت إلى مهارات إدارة الذات.

ب- دراسات هدفت إلى كيفية مواجهة الضغوط بطرق واعية صحية.

ج- دراسات هدفت إلى تنمية مهارة مواجهة القلق والاكتئاب.

د- دراسات وجهت إلى الأباء والأمهات لتنمية قدراتهم ومهارتهم للتعرف على حالات التعاطى المبكرة أو منع التعاطى من الأساس.

هـ- دراسات وبرامج هدفت إلى المقارنة بين فاعلية البرامج المتاحة واستراتيجياتها، وأيهما أكثر كفاءة وفعالية فى التصدى لمشكلة تعاطى المخدرات.

ولذا سوف نحاول أن نقدم فى هذا السياق نماذج من هذه الدراسات.

- دراسة Thompson وزملاؤه:

والتى تناولت ٢٨٠ طالب ثانوى تتراوح أعمارهم بين ١٥-١٧ عاماً بهدف التعرف على أثر برامج الوقاية من تعاطى المواد النفسية المنتشرة بين طلاب المرحلة الثانوية، وقد شملت البرامج التربوية المقدمة لبعض المدارس على مهارات اجتماعية حياتية بالإضافة إلى أساليب المساندة الاجتماعية، وقد شملت الدراسة الطلاب المعرضين لخطر إمكانية الوقوع أو التورط فى التعاطى.

وقد ركزت الدراسة على ضرورة رفع المستوى الأكاديمة للطلبة، وزيادة التوعية بمضار المخدرات، إضافة إلى علاج الحالات تحت الإكلينيكة مثل الأفراد الذين يعانون من أعراض القلق أو الاكتئاب أو يكون لديهم ميل للسلوك الانتحارى أو من المحتمل الوقوع فى مشاكل سلوكية. (Thompson، et al، 1997).

- مشروع برايد (برنامج الوقاية من تعاطى المخدرات) بولاية أريزونا



Project Pride: A substance abuse program الأمريكية

وهو عبارة عن برنامج متعدد النماذج يركز على عدد من الجوانب منها:

- إكساب الطلاب المعارف الكاملة عن المخدرات، وعن آثارها الضارة على الجسم والعقل والنفس.....الخ.
- تنمية المشاعر الإيجابية لدى الطالب على عدم الاعتماد على المخدر.
- تنمية استراتيجيات الاحتفاظ بالأصدقاء خاصة غير المدخنين.
- تنمية مهارات حل المشكلات واتخاذ القرارات ومهارات التواصل الجيد مع الأخرين واحترام الذات.

ويتم التدريب على بعض فعاليات البرنامج داخل الفصل المدرسى وبعض الأنشطة الأخرى، ويقدم على هيئة نشاطات منزلية تتم بالتعاون مع الوالدين فى المنزل.

ويغطى البرنامج المرحلة العمرية فى الفترة من ٥-١٢ سنة، ويشترك فى تقديمه معلمو الفصول بعد تدريبهم على الأنشطة بشكل مكثف، ويعتقد مصممو البرنامج أن النجاح فى هذا البرنامج يتوقف على كفاءة المعلم ورضاه ومعتقداته عن فاعلية البرنامج، وحسن استخدامه لأساليب تقديم الأنشطة (المحاضرة، ومحاكاة النماذج، وتمثيل الدور) ووقوف الطلاب بصورة جيدة على أضرار المخدرات. (Flannery & Torquati, 1993).

• فقط قل: لا للمخدرات، نعم للحياة "just say: "No to drugs . Or say yes to life

وهو عبارة عن برنامج لوقاية طلاب المدارس الثانوية من تعاطى المخدرات بالتعاون مع وكالة الولايات المتحدة للتطور الدولى Us Agency for International Development يهدف هذا البرنامج فى الأساس إلى تحرير المدارس الثانوية من المخدرات من خلال تجديد عوامل الخطر ورفع كفاءة مواجهتها من خلال مساعدة الطلاب على اكتساب مهارات اتخاذ

- القرار الفعال واكتساب المعرفة والمهارات.

ويشتمل البرنامج على أنشطة تمكن الطلاب من الاعتماد على الذات، والقدرة على اتخاذ القرار، ومعالجة الأزمات والضغوط من خلال نمط الاتصال الثنائى بينهم وبين المدرب (Osterling, 1995).

- برنامج دونى Donny Program للوقاية من تعاطى المخدرات:

هو برنامج إسرائيلى لوقاية تلاميذ المدارس الابتدائية (ذوى المستوى الاجتماعى والاقتصادى المنخفض) من تعاطى المخدرات، ولذا يشمل تلاميذ قابلين للاستهداف مستقبلاً لإمكانية التورط فى تعاطى المخدرات.

ويهدف البرنامج إلى إمداد التلاميذ بعدة مهارات ومنها:

أ- تزويد التلاميذ بمعلومات موضوعية عن المخدرات والكحوليات (خاصة الأضرار المختلفة).

ب- مناقشة المعتقدات والاتجاهات والقيم المرتبطة بتعاطى المخدرات.

ج- تزويد التلاميذ بمهارات مقاومة إغراءات التعاطى ومهارات اتخاذ القرارات وحل المشكلات ومهارة التعامل Coping skills.

يعتمد البرنامج على نظرية التعلم الاجتماعى لألبرت باندورا مستخدماً تكنيكات تمثيل الدور أو العمل الجماعى وشغل أوقات فراغ المراهقين بالرسومات الكرتونية الجذابة وبرامج ألعاب الكمبيوتر وغيرها من مناشط اجتماعية، عقلية مختلفة. (Gropper,. et al, 1995).

- مشروع التعاون مع الأطفال Project kids in cooperation with kids:

ويهدف هذا المشروع التى تعزيز التربية الموجهة نحو أفضل طرق التعامل مع المخدرات (رفضا وابتعادا) بين أطفال المدارس الابتدائية. ويعتمد البرنامج على تنمية مهارة إدارة الحياة واتخاذ القرار وزيادة الوعى



بأخطار المخدرات، وفى نفس الوقت يقدم تدريبات للطلاب وإرشادات للأباء من أجل التعاون مع الأطفال فى مقاومة إغراءات التعاطى بصورها المختلفة، بمعنى آخر يركز البرنامج على الفرد وبيئته فى محاولة للحد من العوامل المهيئة للوقوع فى بؤرة التعاطى. (Rollin et al. 1995).

- برنامج اللياقة الجسمية لوقاية المراهقين من تعاطى المخدرات Physical fitness program for prevention of adolescent substance abuse:

تم اختبار كفاءة التدريب على اللياقة الجسمية كطريقة فعالة فى وقاية المستهدفين من تعاطى المخدرات فى ثلاثة مجتمعات أمريكية مختلفة ويهدف البرنامج إلى تزويد الطلاب باستراتيجيات الحفاظ على الجسم وكسب الثقة وتنمية مهارات وضع الأهداف واتخاذ القرار والتخطيط وحل المشكلات. (Colling wood. 1996).

- مشروع رفض تعاطى المخدرات Project (TND) Towards No Drug Abuse

وهذا المشروع قدمه المعهد الوطنى لمواجهة المخدرات بالولايات المتحدة National Institute on Drug Abuse وقد صُمم لخفض معدلات التعاطى بين المتعاطين من شباب المدارس الثانوية. ويحتوى البرنامج على نشاطات متنوعة هادفة لتنمية مهارات إدارة الذات، وبصفة خاصة التدريب على اتخاذ القرار الفعال فى مواقف الخطر، بالإضافة إلى مهارات مقاومة المؤثرات الاجتماعية الدافعة للتعاطى. (Sussman، 1996).

- برنامج جامعة أوريجون للتربية الموجهة نحو حسن التعامل مع المخدرات The Oregon University drug education program:

صمم البرنامج لوقاية طلاب الكليات الرياضية من التورط فى تعاطى

المخدرات، ولذا فإنهذا البرنامج يهدف إلى تحقيق الأهداف التالية:

- تشجيع الطلاب على بناء فلسفة شخصية نحو تعاطى المخدرات.
- تزويد الطلاب بمعلومات موضوعية منظمة عن المخدرات من خلال الجلسات.
- توضيح القيم المرتبطة بالمخدرات والتدريب على مهارة الحياة Skills for life.
- تدريب الطلاب على اختيار بدائل التعاطى وتشجيع اتخاذ القرار الصحيح.
- الرعاية الصحية لطلاب الكليات الرياضية.

ولقد اعتمد البرنامج على الأسلوب التربوى فى تقديم المعلومات كما يعتمد على استراتيجيات نظرية التعلم الاجتماعى فى تنمية المهارات. (Tricker & Connolity، 1996).

- برنامج التدريب على المهارات الاجتماعية Social Skills Training SST.

وهو برنامج أمريكى موجه فى الأساس إلى الشباب الأمريكى من أصل افريقى لوقايتهم من تعاطى المخدرات. ولقد صمم البرنامج بناء علي افتراض مؤداه أن تدعيم المهارات الاجتماعية من الممكن أن يقف عائقا أمام الانزلاق فى مخاطر التعاطى.

ومن أهم أهداف البرنامج إكسابهم القدرة على التدريب على مهارات حل المشكلات والأزمات الاجتماعية وإدارة المواقف المختلفة التى تستثير الغضب وحل الصراعات، كما هدف البرنامج أيضاً إلى تنمية القيم. وأظهر البرنامج عبر التقويم المبدئى زيادة فى السلوك التوكيدى لدى الشباب كما ساعدهم على كيفية التحكم فى انفعالات الغضب، ومازال البرنامج فى حاجة إلى دراسة تقويمية أخرى لاختبار فعاليته فى خفض الإقبال على التعاطى (Banks et al.1996).



- برنامج التدريب على مهارات الحياة The life skills training program:

وهو برنامج أمريكي هدف إلى حماية المراهقين من الدخول في خبرة التعاطي، ولذلك فهو يتعامل مع المستهدفين (أي الذين لم يتورطوا بعد في فعل التعاطي) والمجرمين والمتعاطين في المناسبات، ويهدف إلى تزويد الطلاب بالمعارف والاتجاهات والمعايير ويمدهم بمهارات مقاومة المؤثرات والضغوط والإغراءات الاجتماعية المشجعة على التعاطي.

ويعتمد البرنامج في مواجهة التعاطي على ثلاثة محاور أساسية هي:

١- تدريب الطلاب على كيفية اكتساب مهارة إدارة الذات: اتخاذ القرار، وحل المشكلات، ومهارات التحكم في الذات.

٢- تدريب الطلاب على كيفية اكتساب المهارات الاجتماعية العامة: مهارات الاتصال الجيد، ومهارات التفاعل والمحادثة والمجاملة، ومهارات التوكيد اللفظي وغير اللفظي.

٣- تزويد الطلاب بمعلومات وإكسابهم مهارات متعلقة بمقاومة إغراءات التعاطي.

والمحوران الأول والثاني يركزان على الكفاءة الشخصية، ويخفضان من الدافعية للتعاطي، ومن المؤثرات الاجتماعية المشجعة، أما المحور الثالث فيهدف إلى تزويد الطلاب بآليات مقاومة التعاطي، وبناء اتجاهات ومعايير مضادة للمخدرات بشكل عام والوقوف أمام هذه الإغراءات ورفضها عن قناعة.

واعتمد معدو البرنامج على عدة استراتيجيات للتعليم والتدريب منها: التلقين، والمناقشات الجماعية، والتدريبات السلوكية، مستخدمين أساليب الدعم الاجتماعي والعائد أو (البيوفيدباك) في تثبيت المهارات.

وأثبت البرنامج فاعلية كبيرة في مواجهة تدخين السجائر وتناول

الكحوليات وتعاطى الماريجوانا من خلال تطبيق بعض الاستفتاءات قبل وبعد البرنامج. (Botvin، 1998).

- مشروع "وودروك" لتنمية المراهقين الصغار The woodrock youth development project:

ويهدف هذا المشروع إلى خفض الإقبال على تدخين التبغ وتعاطى المخدرات غير المشروعة بين المراهقين بولاية فلادليفيا الأمريكية وذلك من خلال التعرف على العديد من العوامل المهيئة للتعاطى عن طريق التدريب على مهارات: حل المشكلات، ومواجهة المشكلات الشاقة فى مواقف حياتية صممت لهذا الغرض، وكذلك عن طريق زيادة الوعى بأخطار التعاطى وتحسين صورة الذات الدراسية لدى الطلاب (لأن الضغوط الدراسية قد تدفع إلى التعاطى).

وأوضحت النتائج المتتابعة لهذا المشروع أنه قد نجح فى تحسين صورة الذات وساعد على تنمية مهارات حل المشكلات بل وزود الطلاب بمعلومات عن المخدرات. ومع ذلك فشل فى تقويض العوامل المهيئة للتعاطى، وأقترح الباحثون أهمية ضبط بعض المتغيرات البيئية لتحقيق الفائدة المرجوة لأنه توجد العديد من الإغراءات فى البيئة تساعد على التورط فى المخدرات. (Losciuto et al، 1997).

- برنامج كانمنج Kunming للوقاية من تعاطى المخدرات وفيروس الإيدز HIV/AIDS:

وهو برنامج موجه فى الأساس إلى طلاب الجامعة فى الصين ويهدف إلى الوقاية من تعاطى المخدرات ومن الإيدز من خلال تزويد الطلاب بما يلى:

- معلومات موضوعية صحيحة عن المخدرات والإيدز (خاصة العوامل التى تؤدى إليه وخاصة الحقن بالإبر لدى مدمنى المواد المخدرة بواسطة الحقن، الهيروين مثلا) تمهيداً لبناء اتجاهات سلبية



نحوهما وفهم أفضل للعلاقة بين (الحقن المتكرر) وبين إمكانية الإصابة بالإيدز.

- تدريب الطلاب على حل المشكلات الشخصية والاجتماعية والحياتية.
- تدريب الطلاب على مهارات المقاومة إزاء الإغراءات المختلفة التى تشجع على التعاطى.

وبعد تقويم البرنامج اقترح مصمموه إنشاء فرع للتربية الوقائية تقدم خدماتها لطلاب المدارس الابتدائية وحتى الثانوية فى إطار النشاطات التعليمية التقليدية. (Li et al، 1997).

- برنامج فى العمق In-Depth program:

هو نموذج تربوى موجه نحو حسن التعامل مع الماريجوانا بولاية كاليفورنيا الأمريكية، ويهدف البرنامج إلى تزويد المراهقين باستراتيجيات مقاومة المخدر (والذى يعد من أشهر المخدرات انتشاراً بين الطلاب والمراهقين) كوسيلة لخفض الإقبال على التعاطى، ومن أهم هذه الاستراتيجيات:

- استراتيجيات التعامل مع الأقران.
- استراتيجيات اتخاذ القرار ومواجهة مشكلات الحياة اليومية.
- استراتيجيات تغيير المعتقدات والاتجاهات من خلال إمداد المراهقين بمعلومات مستمدة من علم العقاقير والطب. (Lafferty، 1998).

- برنامج التربية الموجهة نحو مقاومة تعاطى المخدرات Drug Abuse Resistance Education DARE:

وهو برنامج للوقاية من تعاطى المخدرات والحد من سلوكيات العنف بين أطفال المدارس الابتدائية والمتوسطة والثانوية بالولايات المتحدة الأمريكية، ويحقق البرنامج هدفه عن طريق:

- تزويد التلاميذ بمعلومات صحيحة وموضوعية - أى بدون مبالغة -



عن الكحوليات والمخدرات غير المشروعة.

- تزويد التلاميذ بأساليب ومهارات رفض المخدر مهما كانت المغريات وزيادة الاستبصار بعواقب التعاطي.
- تدريب الطلاب على مهارات اتخاذ القرار وبناء استراتيجيات لزيادة فاعلية وتقدير الذات في مواجهة ضغط الأقران.
- مساعدة التلاميذ على تحديد الطرائق الملائمة في المواقف المثيرة للغضب.

ويشتمل البرنامج على استراتيجيات أخرى لمقاومة التعاطي من خلال العمل على تزويد الوالدين والمعلمين والقائمين على رعاية الأطفال والمراهقين بالمعلومات من خلال تدريبهم على مهارات المساندة الاجتماعية ومهارات كيفية حل المشكلات وهو بهذا برنامج متعدد المستويات في التعامل مع الظاهرة. (Miller, et al. 1998).

- برنامج كن نجماً Be A star program:

هو برنامج يستهدف المجتمع بكافة طوائفه - من حيث المدى والاتساع - ويجرى تنفيذه خارج نطاق المدرسة بولاية ميزورى بالولايات المتحدة الأمريكية ويهدف إلى مساعدة صغار المراهقين على مقاومة ضغط الأقران ومواجهة ثقافة المخدرات وذلك من خلال تدريبهم على مهارات احترام الذات وتوكيد الذات واتخاذ القرار في مواجهة الضغوط الدافعة للتعاطي بغض النظر عن مصدر هذه الضغوط. (Pierce & Shields, 1998).

- برنامج الزيارات المنزلية لمساعدة الأمهات المتعاطيات للكحوليات والمستهدفات Home Visitation program:

يهدف البرنامج إلى تنظيم زيارات للأمهات المتعاطيات للكحوليات وتزويدهن بمهارات التغلب على التعاطي وإكسابهن بعض مهارات الكفاءة الشخصية وذلك بعد تحديد مواقعهن.

ويقوم بالزيارات المنزلية أفراد جماعة من النساء قادرات على إقامة علاقات طويلة الأمد مع الأسر، ويعتمد نجاح البرنامج على درجة معرفة أفراد الجماعة بالمتعاطيات والمستهدفات، كما يعتمد على اقتناعهن بالقيام بهذه المهمة.

ويطلق على هذه البرنامج "نموذج سيتل للدفاع الاجتماعى التطوعى". (Grant et al. 1999).

والبرامج السابقة بعضٍ من البرامج الشائعة فى مجال الوقاية من تعاطى المخدرات، وتوجد أيضاً العديد من البرامج الأخرى مثل:

- برنامج الوقاية من استعمال الكحوليات والمخدرات الأخرى Al-Cohool and other Drugs for prevention program AOD
- برنامج هامبشاير Hampshire للوقاية من استعمال الماريجوانا (Steven et al. 1996).
- برنامج التربية الخاصة لمدمنى الكحول فى اليابان (Hisatomi et al. 1997).
- برنامج الوسيط اللفظى - التفكير بصوت عال - للوقاية من تعاطى المخدرات Verbal Corby & Russell. 1997 Mediational program (think Aloud).
- برنامج البحث عن الأمان للوقاية من تعاطى المخدرات Skeen Safety (Najavist et al. 1998.
- برنامج المرفأ الأمن للوقاية من تعاطى المخدرات Safe haven program Aktan. 1998).
- برنامج لوجان للوقاية الدائرية The logan Square prevention project Godley & 1998. Verlasquez.



- برنامج الأسرة والمدرسة معاً للوقاية من تعاطى المخدرات Family and)FAST) Schools Toghether Mac Donald & Sayger، 1998.
- برنامج الحلقات الأسرية The Family Circles program Van-Stells et al، 1998.
- برنامج الكفاءة خلال التحولات للوقاية من تعاطى المخدرات Competence Through Transitions program Zane et al، 1998.

وما قدمناه مجرد نماذج من البرامج التى تطبق وتصميم فى الولايات المتحدة الأمريكية – تحديداً – وغيرها من الدول، ويا ليتنا فى عالمنا العربى نستفيد من مثل هذه البرامج حتى تكون الوقاية تسير وفق استراتيجيات وبرامج لها أهداف محددة، وهذا يمكننا من إجراء العديد من الدراسات التقويمية للبرنامج والتى لن تخرج عن واحد من اثنين:

أ- إما أن يكون البرنامج ناجحاً فيتم الاستمرار فى تطبيقه.

ب- إما أن تظهر به بعض الهنات أو الانتقادات التى تحول دون فاعليته، وهذا يقود بالطبع إلى إعادة النظر فى البرنامج مرة أخرى حتى يحقق الفائدة المرجوة.

ولذا سوف نذكر فى متن المراجع الكثير من الدراسات والجهود لإمكانية الإطلاع عليها لمن يهتم بقضايا الوقاية من تعاطى المخدرات والتى لم يسمح حيز هذا الكتاب بعرضها لا تفصيلاً ولا حتى اختصاراً.

مراجع الجزء الأول

أولاً: المرجع العربية.
ثانياً: المراجع الأجنبية.

أولاً: المراجع العربية

١- إبراهيم نافع (١٩٨٨). كارثة الإدمان، القاهرة، مطبوعات الأهرام.

٢- أحمد جمال أبو العزايم، محمود جمال أبو العزايم (٢٠٠١). الوقاية من الإدمان – دليل إرشادى للمرضى وأسرهم، القاهرة، مطابع دار الطباعة والنشر الإسلامية.

٣- أحمد عكاشة (٢٠١٠). الطب النفسى المعاصر، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

٤- أحمد عكاشة طارق عكاشة (١٩٩٤). الوقاية من الدرجتين الثانية والثالثة، فى كتاب: الندو القومية لمكافحة المخدرات وعلاج الإدمان (٢٩-٣٠ أكتوبر)، القاهرة، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، ص ص٢٤٣-٢٥٠.

٥- أحمد على الريان (١٩٨٢). المسكرات فى الشريعة الإسلامية وما يترتب عليها من آثار، بحث مقدم إلى المؤتمر الإسلامى العالمى لمكافحة المسكرات والمخدرات، المجلد الثانى، المدينة المنورة، السعودية.

٦- إدارة الخدمات الاجتماعية والنفسية (٢٠٠٣). انتشار تعاطى المخدرات فى المدارس الثانوى بدولة الكويت، منشورات وزارة التربية.

٧- إدارة الخدمات الاجتماعية والنفسية (١٩٩٨). دراسة عن مشكلة تعاطى المخدرات بين طلاب المدارس والأساليب الوقائية وطرق مواجهتها، الكويت، منشورات وزارة التربية.

٨- إدارة الخدمات الاجتماعية والنفسية (١٩٩٨). دراسة ميدانية حول مشكلة تعاطى المخدرات بين طلاب المدارس والأساليب الوقائية لمواجهتها، الكويت: وزارة التربية.

٩- إدارة الخدمات النفسية والاجتماعية (١٩٩٥). ظاهرة انتشار التدخين بين الطلاب: دراسة ميدانية، الكويت، وزارة التربية.
١٠- الإدارة العامة لمكافحة المخدرات (١٩٩٤). التقرير السنوى، القاهرة، وزارة الداخلية.
١١- أرثر. ى. جونسما، له مارك بيترسون (١٩٩٧). خطة العلاج النفسي، ترجمة عادل دمرداش، مراجعة لطفي فطيم، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
١٢- بيتر لورى (١٩٩٠). المخدرات - حقائق اجتماعية ونفسية وطبية، ترجمة نور الدين خليل، القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب.
١٣- جبيل روزيليينى، مارك ووردن (١٩٩٦). القلق والتعاف من الإدمان، ترجمة عادل دمرداش، مطبوعات مستشفى أمل الدمام، السعودية.
١٤- جمال ماضى أبو العزايم (ب.ت). الإدمان - أسبابه وأثاره والتخطيط للوقاية والعلاج، القاهرة، دار فينسيا للطباعة والنشر والتوزيع.
١٥- جمعة سيد يوسف (٢٠٠٣). الوقاية من تعاطى المخدرات، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، الطبعة الثانية.
١٦- جمعة سيد يوسف (١٩٩٧). دراسة استكشافية لدور المرشدين الطلابيين في الوقاية من تعاطى المخدرات، المجلة العربية للعلوم الإنسانية، الكويت، العدد (٥٨) السنة (١٥) ربيع ١٩٩٧، ص ص ٨٦-١٢٩.
١٧- روى روبرتسون (١٩٨٩). الهيروين والإيدز وأثرهما فى المجتمع، ترجمة يوسف أسعد، القاهرة، سلسلة: الألف كتاب الثانى، العدد (٧٨)، الهيئة المصرية العامة للكتاب.
١٨- سعد المغربى (١٩٨٦). تعاطى الحشيش - دراسة نفسية اجتماعية، لبنان، دار الراتب الجامعي.
١٩- سعد المغربى (١٩٨٤). تعاطى الأفيون ومشتقاته، القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب.



٢٠- سلوى على سليم (١٩٨٩). الإسلام والمخدرات - دراسة سيكولوجية لأثر التغير الاجتماعي على تعاطي الشباب للمخدرات، القاهرة، مكتبة وهبة.

٢١- سوسن عثمان عبداللطيف (١٩٨٨). دور الخدمة الاجتماعية في الفريق العلاجي لمواجهة مشكلة الإدمان، القاهرة: المؤتمر العربي الأول لمواجهة مشكلة الإدمان (١٣-١٦ سبتمبر)، المعهد العالي للخدمة الاجتماعية.

٢٢- صفاء صديق خربية (١٩٩٨). مدى فاعلية العلاج الجمعي بالتحليل النفسي في علاج مشاعر الذنب والخزي لدى مرضى الإدمان، دكتوراه غير منشورة، آداب عين شمس.

٢٣- صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي (٢٠٠٥). تعاطي وإدمان المخدرات بين الحقيقة والوهم، القاهرة، رئاسة مجلس الوزراء.

٢٤- صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي (٢٠٠١). الدليل الإرشادي للدعاة للتوعية بمخاطر الإدمان والمخدرات، القاهرة، رئاسة مجلس الوزراء.

٢٥- صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي (٢٠٠٠). دليل رجال القضاء والنيابة العامة في قضايا تعاطي وإدمان المخدرات، القاهرة، رئاسة مجلس الوزراء.

٢٦- صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي (١٩٩٩). دليل الأخصائي النفسي في الوقاية والعلاج من الإدمان، القاهرة، رئاسة مجلس الوزراء.

٢٧- عادل دمرداش (١٩٨٢). الإدمان مظاهره وعلاجه، الكويت، عالم المعرفة، العدد (٥٦)، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.

٢٨- عادل صادق (١٩٨٦). الإدمان له علاج، القاهرة، دار النشر للطباعة.

٢٩- عبدالحليم محمود السيد (١٩٩١). نحو التخطيط لسياسة وقائية في ضوء المعلومات التي كشفت عنها الدراسات الوبائية في كتاب: تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب لدى طلاب المدارس الثانوية العامة بمدينة القاهرة الكبرى عام ١٩٨٦، ص ص ٣٢٩ - ٣٤١.



٣٠- عبدالحليم محمود السيد، مصطفى سويف، مصرى حنورة، زين العابدين درويش (١٩٨٠). مصادر المعلومات عن المواد المؤثرة في الأعصاب وعلاقتها بالاتجاه والسلوك نحو هذه المواد لدى تلاميذ المدارس الثانوية في القاهرة الكبرى، مؤتمر علاج المجتمع لمشكلة المخدرات، وزارة الصحة، هيئة الصحة العالمية، الأقصر (٢١-٢٣ مارس) ١٩٨٠.

٣١- عبدالعزيز الجندى (١٩٩٤).تطور التشريع المصرى الخاص بمكافحة وعلاج الإدمان (نظرة مستقبلية) في كتاب: الندوة القومية لمكافحة المخدرات وعلاج الإدمان (٢٩-٣٠ أكتوبر)، القاهرة، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، ص ص ١٣١ - ١٧٠.

٣٢- عبدالله عسكر، كمال أبو شهدة (١٩٩٣). تعاطى القات في المجتمع اليمني، مجلة دراسات نفسية، رابطة الأخصائيين النفسيين، القاهرة، العدد (٤) ، أكتوبر ١٩٩٣.

٣٣- عبدالمجيد سيد أحمد منصور (١٩٨٦). الإدمان - أسبابه ومظاهره والوقاية والعلاج، الرياض، العبيكان للطباعة والنشر.

٣٤- عزة عبدالغنى حجازى (١٩٩١). الإدمان والأداء الإنسانى (الفنى - الرياضى - الأكاديمى)، القاهرة، الدار الفنية للنشر والتوزيع.

٣٥- عطوف محمود ياسين (١٩٨٨). أسس الطب النفسى الحديث، بيروت، منشورات بحوث الثقافة، لبنان.

٣٦- عويد سلطان المشعان (٢٠٠٤). العوامل التى تؤدى إلى الوقاية من تعاطى المخدرات، مؤتمر قسم علم النفس الأول، جامعة طنطا (٢٧-٢٩ أبريل)، ص ص ١٦١-١٨١.

٣٧- عويد سلطان المشعان (٢٠٠٠). أسباب تعاطى المخدرات من وجهة نظر الطلاب، المؤتمر السنوى العاشر لمركز الإرشاد النفسى، جامعة عين شمس (١٣-١٥ ديسمبر)، القاهرة.



٣٨- عويد سلطان المشعان (٢٠٠٠). أسباب تعاطى المخدرات من وجهة نظر الطالب الجامعى، المجلة المصرية للدراسات النفسية، المجلد العاشر، العدد (٢٧)، القاهرة.

٣٩- غريب سيد أحمد (١٩٨٢). مكافحة القات فى الصومال، الرياض، المركز العربى للدراسات الأمنية والتدريب، السعودية.

٤٠- فتحى عبدالوهاب أمين (١٩٨٩). دور الأخصائى الاجتماعى مع الفريق العلاجى لعلاج حالات الإدمان، دكتوراه غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.

٤١- لجنة المستشارين العلميين (١٩٩٢). استراتيجية قومية متكاملة لمكافحة المخدرات ومعالجة مشكلات التعاطى والإدمان، التقرير النهائى، القاهرة: المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية.

٤٢- لجنة المستشارين العلميين (١٩٩١). التقرير التمهيدى باقتراح استراتيجية قومية متكاملة لمكافحة المخدرات ومعالجة مشكلات التعاطى والإدمان، والمركز القومى لمكافحة وعلاج الإدمان، القاهرة: المركز القومى لمكافحة وعلاج الإدمان، القاهرة: المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية.

٤٣- لطفى فطيم (١٩٩٥). العلاج النفسى الجمعى، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

٤٤- محمد الغزالى (١٩٨٧). عقيدة المسلم، بيروت، دار العلم للملايين.

٤٥- محمد حسن غانم (٢٠٠٧). أ- بحوث ميدانية فى تعاطى المخدرات، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

٤٦- محمد حسن غانم (٢٠٠٧أ). ب- القدوة والمثل الأعلى لدى الشباب فى كتاب: دراسات نفسية لقضايا معاصرة، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.



٤٧- محمد حسن غانم (٢٠٠٧). جـ- الصورة المدركة للطالب المشاغب دراسياً من وجهة نظر أقرانه، مجلة دراسات نفسية، القاهرة، رابطة الأخصائيين النفسيين، عدد يناير، ٢٠٠٧.

٤٨- محمد حسن غانم (٢٠٠٦). علم النفس المرضى، الاسكندرية، المكتبة المصرية.

٤٩- محمد حسن غانم (٢٠١٢)، الإدمان من منظور شامل، المكتبة المصرية، الاسكندرية.

٥٠- محمد حسن غانم (٢٠١٣). أ- الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية - الطبعة الثانية.

٥١- محمد حسن غانم (٢٠١٣). ب- الإدمان - أضراره - نظريات تفسيره - علاجه، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع- الطبعة الثانية.

٥٢- محمد حسن غانم (٢٠٠٥). العلاج والتأهيل النفسى والاجتماعى للمدمنين، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

٥٣- محمد حسن غانم (٢٠٠٤). الإدمان بين الشباب العربى الوقاية والعلاج، الاسكندرية، المكتبة المصرية.

٥٤- محمد حسن غانم (٢٠٠١). برنامج علاج نفسى لمدمن يعانى من اضطرابات جنسية وانخفاض مستوى توكيد الذات، مجلة كلية الآداب، جامعة أسيوط، العدد (٧)، يوليو، ص ص ٢٧٨-٣٠٦.

٥٥- محمد حسن غانم (١٩٩٥). دراسة فى سيكولوجية الدوافع للاقبال على تعاطى المخدرات، دراسة غير منشورة.

٥٦- محمد حسن غانم (١٩٩٠). ديناميات صورة السلطة لدى المسجونين - دراسة نفسية مقارنة، ماجستير آداب عين شمس، ونشر بعد ذلك فى كتاب بعنوان: المسجونون والسلطة، ٢٠٠٥) الاسكندرية، المكتبة المصرية.

٥٧- محمد حسن غانم (١٩٨٩). خلصوا الشباب من مشاكله أولاً (مقال)، جريدة الأهرام، القاهرة، بتاريخ ١٩٨٩/٩/٢١.



٥٨- محمد فتحي عيد (١٩٩٢). المخدرات - الأسباب - الصكوك والبشر، السعودية، مركز أبحاث مكافحة الجريمة.

٥٩- محمد فتحي عيد (١٩٨٨ جـ١). جريمة تعاطى المخدرات فى القانون المقارن، الرياض، المركز العربى للدراسات الأمنية والتدريب، المملكة العربية السعودية.

٦٠- محمد فتحي عيد (١٩٨٨ جـ٢). جريمة تعاطى المخدرات فى القانون المقارن، الرياض، المركز العربى للدراسات الأمنية والتدريب، المملكة العربية السعودية.

٦١- محمد فتحي عيد (١٤١٠ هـ). السنوات الحرجة في تاريخ المخدرات - نذر خطر وعلامات تفاؤل، الرياض مركز أبحاث مكافحة الجريمة الكتاب رقم (٩)، المملكة العربية السعودية.

٦٢- محيى الدين أحمد حسين (٢٠٠٣). التأهيل النفسى والاجتماعى لمتعاطى المخدرات ومدمنيها - الدليل الأول - مدخل تمهيدى إلى تأهيل مدمنى المخدرات، القاهرة، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية.

٦٣- محيى الدين أحمد حسين (١٩٩٤)، تدريب الإعلاميين، وترشيد الإعلام، القاهرة: الندوة القومية لمكافحة المخدرات وعلاج الإدمان (٢٩-٣٠ أكتوبر)، القاهرة، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، ص ص٦١-٨٨.

٦٤- مدحت أبو زيد (١٩٩٨). مدى فاعلية برنامج علاجى جماعى معرفى سلوكى (مهارات التأقلم) فى الإقلاع عن التدخين وتخفيض قلقه، القاهرة، المؤتمر الدولى الخامس للارشاد النفسى (١-٣ديسمبر)، ص ص ٢٩٩-٣٦٧.

٦٥- مديحة مصطفى فتحى (١٩٨٨). دور الخدمة الاجتماعية فى مواجهة المشكلات الاجتماعية لإدمان المخدرات، القاهرة، المؤتمر العربى الأول لمواجهة مشكلات الإدمان (١٣-١٦سبتمبر)، المعهد العالى للخدمة الاجتماعية.

٦٦- مصرى حنورة (١٩٩٨). مظاهر اضطراب الشخصية لدى متعاطي المخدرات - دراسة حضارية مقارنة على عينتين من مصر والكويت، المؤتمر العالمى الأول حول دور الدين والأسرة فى وقاية الشباب من تعاطى المخدرات، دولة الكويت من (١٦-١٨ مارس)، غير منشور.

٦٧- مصطفى سويف (٢٠٠١). مشكلة تعاطى المخدرات (بنظرة علمية)، القاهرة، مكتبة الأسرة.

٦٨- مصطفى سويف (١٩٩٦). المخدرات والمجتمع - نظرة تكاملية، عالم المعرفة، الكويت، العدد (٢٠٥)، المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب.

٦٩- مصطفى سويف (١٩٩٤). الاستراتيجية القومية لمكافحة المخدرات ومعالجة التعاطي والإدمان، فى كتاب الندوة القومية لمكافحة المخدرات وعلاج الإدمان (٢٩-٣٠ أكتوبر)، القاهرة، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، ص ص ١٩-٣٨.

٧٠- مصطفى سويف (١٩٩١ب). انتشار تعاطى المواد النفسية بين عمال الصناعة فى مصر، المجلة الاجتماعية القومية، مجلد ٢٨، عدد (١)، ص ص ١-٤٦.

٧١- مصطفى سويف (١٩٩١أ). تعاطى المواد المؤثرة فى الأعصاب بين الطلاب: دراسات ميدانية فى الواقع المصرى: التعاطى غير الطبى للأدوية المؤثرة فى الأعصاب (المجلد الثالث)، القاهرة: المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية.

٧٢- مصطفى سويف (١٩٩١ ب). تعاطى المواد المؤثرة فى الأعصاب بين الطلاب: دراسات ميدانية فى الواقع المصرى: تدخين السجائر: مدى الانتشار وعوامله (المجلد الثانى)، القاهرة، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية.



٧٣- مصطفى سويف (١٩٩٠أ). الطريق الآخر لمواجهة مشكلة المخدرات: خفض الطلب، القاهرة، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية.

٧٤- مصطفى سويف (١٩٩٠ب). تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب بين الطلاب: دراسة ميدانية في الواقع المصرى: مدخل تاريخي ومنهجي إلى الدراسات الوبائية (المجلد الأول)، القاهرة، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية.

٧٥- مصطفى سويف (١٩٨٨). نحو سياسة وقائية متكاملة في مواجهة مشكلات الإدمان في مصر، القاهرة، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية.

٧٦- معتز عبدالله (١٩٩١). تدخين السجائر لدى طلاب المدارس الثانوية العامة بمدينة القاهرة الكبرى عام ١٩٨٦ فى: عبدالحليم محمود السيد وآخرون: تعاطى المواد المؤثرة فى الأعصاب لدى طلاب المدارس الثانوية العامة بمدينة القاهرة الكبرى عام ١٩٨٦، القاهرة، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، ص ص ٦١ - ١٢٢.

٧٧- منصور الرفاعى عبيد (١٩٨٨). دور الداعية الدينى فى الفريق العلاجى، القاهرة: المؤتمر العربى الأول لمواجهة مشكلة الإدمان (١٣- ١٦ سبتمبر)، المعهد العالى للخدمة الاجتماعية بالقاهرة.

٧٨- ميخائيل جوسوب (٢٠٠٠). علاج مشكلات الكحول والمخدرات فى كتاب: مرجع فى علم النفس الإكلينيكى للراشدين، تحرير: س.ل.ليندزاى، ج.بول، ترجمة صفوت فرج، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، ص ص ٤٤٧ - ٤٧٨.

٧٩- نادر وهدان (١٩٨٦). الآثار الاجتماعية والاقتصادية لظاهرة انتشار المخدرات فى جمهورية مصر العربية، القاهرة، معهد التخطيط القومى.



٨٠- ناهد صالح (١٩٩٤). استطلاع رأى فى مشروع قانون بتعديل بعض أحكام القرار بقانون رقم ١٨٢ لسنة ١٩٦٠ فى شأن مكافحة المخدرات وتنظيم استعمالها والاتجار فيها، فى كتاب: الندوة القومية لمكافحة المخدرات وعلاج الإدمان (٢٩-٣٠ أكتوبر)، القاهرة، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، ص ص ١٧١-١٩٠.

٨١- نجاة محمد صائم خليل (١٩٩٨). المرأة اليمنية ومجالس القات (التفرطة)، اليمن، دار المجد للطباعة والنشر.

٨٢- نوال مصطفى وآخرون (١٩٩٨). البانجو قنبلة انفجرت فى عقول الشباب، القاهرة، كتاب اليوم، مؤسسة الأخبار.

٨٣- هانى عرموش (٢٠٠٣). المخدرات إمبراطورية الشيطان، بيروت، دار النفائس للطباعة والنشر والتوزيع، لبنان.

٨٤- هند طه (١٩٩٤). الوقاية الأولية: معناها وإجراءاتها، فى كتاب: الندوة القومية لمكافحة المخدرات وعلاج الإدمان (٢٩-٣٠ أكتوبر)، القاهرة، المركز القومى للبحوث والاجتماعية والجنائية، ص ص ٢٣١-٢٤٢.

ثانيا: المراجع الأجنبية

84- American Psychiatric association (1994). Diagnostic and Statistica manual of mental disorders, Washington. D. C. fourth edition.

85- American Psychiatric Association (1987). Diagnostic and Statistic manual of mental disorders, Dsm lll R. Washington. D. C

86- Andrson, S; Allebeck, P. Engstrom, A. et al (1987). Cannabis and schizophrenia A longitudinal study of Swedish conscripts, the lanc pp. 1483-1485.

87- Auther. N. (1998). Title Belief and therapeutic chance: A study of A religious to drug rehabuitation (Addiction) conversion, Christianity. P. 643.

88- Davison, G & Neale, J. (1994). Abnormal Psychology. New York: Johnwiley & Sonslnc. 6th (ed).

89- Erich Good(1999). Drugs in American society, Mc Graw-Hill college. Pp. 381-395.

90- Gullen, K., Koehly, L. & Andrerson, C. et al. (1999). Gender difference in chronic disease risk behaviors through transition out of high school. American journal of preventive medicine, Uol (17). Pp. 1-17.

91- Kim, Sehwan; Wurster; Leslic; Williams, Charles; Ltepleeer & Nancy (1998). Algorithms for Resource Allocation of substance Abuse Prevention Funds Based on Social indicator; A case study on social indicator; A case study of Flovida-Parts, Journal of Drug Education, U (28). N (4). Pp. 283-306.

92- Kreek, M. (1992). The Addict As A pation in: substance Abuse- A compre Hesnsive textbook in: William. Ims Fwilkins. London. Second edition.

93- Li, Jzh; zhang. B., lov, t; Gangf.; Chenl. And et al (1997). Prevention education for drug and HIV/ Aids in: fection in a college in Kunming, chilnese Mental. Health journal, 11/2. pp. 115-117.

94- Loumidis; K. S & Hill. A. (1997) training social problem-solving skill to reduce maladaptive behavior in intellectual disability groups: The influence of individual difference factors, .Journal of Applied Research in intellectual Disabilities, 10/3/, 217-237.

95- Monor, A. (1992). Psychiatric pisorder charactized by Delusion, treatment in relation to specific type. Psychiatric Annuals, V (22) no (5). American psychiatric Association. Pp. 232-240.

96- MacCoun. R .I (1998). Toward a psychology of harm reduction, American Psychology, 53/11, 1199-1208.

97- Mar. D. D. & Fairchild. T. N. (1993) A problem solving strategy and self -esteem in recovering chemically dependent women, Alcoholism Treatment Quarterly, 10/1 - 2, 171 - 186,

98- McClanahan, K, K.; McLaughlin, R. j. & Laos, V, E. (1998) Training school counselor in substance abuse risk reduction techniques for use with children and adolescents, Journal of Drug Education, 28/1, 39- 51.

99- McDonald, L. & Sayget. T. V. (1998) Impact of a family and school based prevention program on protective factors for high risk Youth, Drag and Society, 12/1 – 2, 61-85.

100-Miller, H. J., MacPhee, D,& Frilz. J. 1. (1998) DARE to be you: family support, early prevention program, Journal of primary Prevention, 18/3. 257-258.

101- Milgram, G. (J (1996) Responsible decision making regarding alcohol: Are re-emerging prevention / education strategy for the 1990s. Journal of Drug Education, 26/4, 357-365.

102-Najavist. L. M.: Weiss, R. D.; Shaw, S. R. & Mumz, L. R. (1998) "Seeking safety": Outcome of a new cognitive-behavioral Psychotherapy for women with posttraumatic street disorder and substance dependence, Journal of Traumatic Stress. 11/3, 437-456.

103-Newman, L. M.: Mohr, P, Badger, B. & Gillespie, T. S. (1984) Effects of teacher preparation and student age on an alcohol drug education curriculum, Journal of Drug Education, 14/1, 23 - 36.

104-Osterling, J. (1995) is the message "Just Say no to drugs" or "Say yes to life?" A drug abuse prevention curriculum for Bolivian high school students, In :(Kirsch, H. W. (Ed.). Drug lessons & education programs in developing countries, (pp. 195-204) New Jersey: Transaction publishers.

105-palmer. R, F.; Graham. J. W. White, E. L. & Hansen, W. B. (1998) Applying multilevel analytic strategies in adolescent substance use prevention research. Preventive Medicine: An International Devoted to Practice, & Theory, 27/3, 328 - 336.

106-Pfeffer, J. (1993) An exploralory Study of decision making as related to the tobacco and alcohol use of eighth graders, Journal of Alcohol and Drug Education. 39/1. III - 122.

107-Pierre, D. L; Kaltreider. M. M.; Mark, M. M. & Aihin, K. J. (1992) Drug prevention in a community setting: A longitudinal study of the relative effective- mess of the three- year primary prevention program in boys & girls clubs across the nation. American Journal of Community Psychology. 20/6, 673-706.

108-Pirece. L. H. & Shield, N. (1998) The be a star community based after school program: Developing resiliency factors in high risk preadolescent youth, Journal of Community psychology, 26/2, 175-183.

109-Platt. J. J. & Husband, S. D. (1993) An overview, of problem-solving and social skills approaches in substance abuse treatment, Psychotherapy. 30/2. 276-283.

110-Roche. A. M. (1998) Alcohol and drug education and training: A review of key issues, drugs: Education Prevention and Policy, 5/1, 85-99.

111-Roche, A. M.: Pare, M. D.; Compbell, J & Sounders. J. G. (1995) Substance abuse disorders: Psychiatric trainees knowledge, diagnostic skills and attitudes. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 29/4, 645-652.

112-Rollin. S. A.: Rubin, R.; Marcil, R. & Ferulla, U. (1995) Project KICK: A school-based drug education health promotion research project. Counseling Psychology Quarterly, 8/4, 345-359.

113-Scheier, L. M. & Botvin G. J. (1998) Relations of social skills, personal competence, and adolescent alcohol use: A developmental exploratory study. Journal of Early adolescence, 18/1, 77-114.

114-Schinke, S. P. & Tepavac, L. (1995) Substance abuse prevention among elementary school students, Drug and Society, 8/3 - 4, 15-27.

115-Sheehan, M.; Schonfeld. C.; Ballord, R.; Schofield, F. & et al (1996) A three year outcome evaluation of theory based drink driving education program. Journal of Drug Education. 26/3, 295-312.

116-Short. J. L. (1998) Evaluation of a substance abuse prevention and mental health promotion program for children of divorce, Journal of Divorce and Remarriage, 28/3 – 4, 139-155.

117-Soueif, M. I,: El-Sayed, A. M.; Darweesh, Z. A. & Hannourah. M. A. (1982a) The extent of non-medical use of Psychoactive substances among secondary school students in Greater Cairo, Drug & Alcohol Dependence, 9, 15-41.

118-Soueif, M. L.; Darweesh Z. A.; Hannourah, M. A. & El-Sayed. A. M. (1982b) The non-medical use of psychoactive substances by male technical school students. in Greater Cairo: an epidemiological study, Drug and Alcohol Dependence.

119- Stevens. M. M.: freeman. D. H.; Mall. L. and Youells, F. (1996) Three year results of prevention programs on marijuana use: The new I Hampshire Study. Journal of Drug Education, 26/3, 257-273.

120- Sussman, S. (1996) Development of school based drug abuse prevention curriculum for high risk youths, Journal of Psychoactive Drugs, 28/2, 196-182.

121- Sussman, S. & Dent, C. W. (1996) The correlates of addiction concern among adolescents at high risk for drug abuse, Journal of Substance Abuse, 8/3, 361-370.

122- Sussman, S.; Dent, C. W.;Stacy A. W. &. Craig, S. (1998) One-year outcome of project Towands No Drug Abuse, Preventive Medicine: An international Devoted to practice and Theory, 27/4, 632-642.

123- Thomposon, E., herting. T & Eggert (1997). Enhancing outcomes in an indicated drug prevention program for high-risk youth, Drug-Edu. 27 (1). Pp. 19-410.

124- Tompson, E A,; Horn, M; Herting, & Eggert, L. (1997) Enhancing outcome in an indicated drug prevention program for high risk youth, Durg Educatiuon, 27/1. 19- 4-.

125- Tricker, R. & Connolly, D. (1996) Drug education and the college athlete: evaluation of a decision making model, Journal of Drug Education, 26/2, 159- 181.

126- World Health Organization (1975). Technical report series, No 577, Geneva.

127- World Health Organization (1974). Technical report series, No 551, Geneva.

الوقاية
من التدخين

الجزء
الثانى

تمهيد الجزء الثانى
العلاقة بين التدخين وإدمان المخدرات الأخرى

محتويات هذا التمهيد

- وجود علاقة بين التدخين وإمكانية تجريب أو إدمان مواد نفسية أخرى.
- نتائج بعض الدراسات الوبائية التى تمت تحت مظلة المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية للتدليل على هذه الحقيقة.

«إن التدخين هو البوابة الأساسية والأولية لتجريب واستطلاع باقى المواد المخدرة، فلا يوجد مدمن - لأى مادة مخدرة - إلا ويدخن، وأن تاريخه مع التدخين ربما يسبق بمراحل تاريخه مع مادته المخدرة المفضلة.».

المؤلف

توجد العديد من الأفكار غير العقلانية المرتبطة بالتدخين، مثل عدم وجود علاقة بين التدخين وإمكانية إدمان مواد أخرى من المخدرات، ورغم شيوع هذا الاعتقاد إلا أن نتائج جميع الدراسات الوبائية التى أجريت تحت مظلة المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية قد أكدت هذه الحقيقة. (هند طه، ١٩٩٤، ٢٣٥-٢٣٧).

ولذا سوف نذكر بعضاً من هذه الدراسات الوبائية لنؤكد ما سبق، ففى دراسة أجراها مصطفى سويف وآخرون عن انتشار تعاطى المواد النفسية بين الذكور من تلاميذ المدارس الثانوية فى القاهرة الكبرى (ن=٥٥٣٠) توصلوا إلى العديد من النتائج ومنها: أن تلاميذ الدراسات الأدبية أكثر تورطاً فى تعاطى المواد النفسية مقارنة بطلاب القسم العلمى، وأن وسائل الإعلام تقوم بدور خطير فى تعريض الشباب لثقافة المخدرات، وتصل الخطورة قمتها إلى الدور الذى يلعبه الرفقاء فى ذلك.

وكشفت النتائج بخصوص مدى انتشار تعاطى المواد النفسية عما يلى:

- تدخين السجائر ١٨٪.
- تعاطى الأدوية المهدئة (بدون إذن أو ضرورة طبية) ٥,٣٪.

- تعاطى المنشطات ٧,٥٪.
- تعاطى المنومات ٧,٤٪.
- تجريب تعاطى المخدرات الطبيعية مثل الحشيش والأفيون بنسبة ١٠,٥٪.
- تجريب تعاطى الكحوليات مثل البيرة بنسبة ٤٣,٣٪.
- تجريب تعاطى النبيذ بنسبة ١٣,٦٪.
- تجريب تعاطى الويسكى بنسبة ١٣,٩٨. (Soueif.et al.1982A).

وفى دراسة أخرى قام بها مصطفى سويف وآخرون تناولت طلاب المدارس الثانوية الفنية، وكان الهدف التعرف على مدى انتشار تعاطى المواد النفسية بين هؤلاء الطلاب، فتوصلت الدراسة إلى العديد من النتائج منها:

- تدخين السجائر بنسبة ٢٤,٥٪.
- تجريب الأدوية (بدون إذن أو ضرورة طبية) كالآتى:
  - مهدئات بنسبة ٤,٦٪.
  - منشطات بنسبة ٥,٩٪.
  - منومات بنسبة ٤,٨٪.
- تجريب المخدرات الطبيعية (كالحشيش) بنسبة ١١,٦٩٪.
- تجريب تناول الكحوليات كالآتى:
  - تناول البيرة بنسبة ٣٣,١٪.
  - تناول النبيذ بنسبة ٦,٣٥٪.
  - تناول الويسكى بنسبة ٧,٣٪.

وبسؤال الطلاب الذين لم تتح لهم الفرصة للتعاطى ذكروا أنهم على استعداد لتجريب المواد النفسية الأخرى لو أتيحت لهم الفرصة، وأن أهم دافع يتمثل فى حب الاستطلاع فى حالة تعاطى المخدرات الطبيعية، والاعتقاد بأن تناول المهدئات والمنومات والمنشطات مفيد

وأنها غير ضارة لأنها توصف أكثر مما توصف المخدرات أو الكحوليات. (Souif, et al. A.b, 1982B).

وفى دراسة قام بها مصطفى سويف وآخرون تناولت تعاطى المخدرات بين الذكور من طلبة وطالبات جامعة القاهرة وعين شمس (ن=٥٠٧٧)، وقد توصلت الدراسة إلى العديد من النتائج منها:

- أن حوالى ٢٥٪ من أفراد العينة الكلية يدخنون السجائر.
- أن ٥,٧٩٪ حاولوا تعاطى الأدوية المهدئة بدون إذن طبى.
- أن ١٣,٨٩٪ تناولوا المنبهات.
- أن ٤,٢١٪ تناولوا المنومات.
- أن ١٥,٤٦٪ جربوا تعاطى المخدرات الطبيعية.
- أن ٣٨,٥٪ جربوا البيرة.
- أن ١٤,٦٪ جربوا النبيذ.
- أن ١٤,٢٪ جربوا الويسكى.
- أن ٦,٧٪ جربوا أنواع أخرى من المشروبات الكحولية.
- كشفت النتائج عن وجود علاقة بين التعرف لثقافة المخدرات (سماع- رؤية - له أقارب يتعاطون) وبين التعاطى الفعلى للمخدرات.
- حتى الطلاب الذين لم يتعاطوا قد أقروا بأنه لو أتيحت لهم الفرصة للتعاطى لن يترددوا فى الاستخدام، وأن دافع حب الاستطلاع للمخدرات الطبيعية كان هو الأساس، والاعتقاد بأن الأدوية النفسية الأخرى مفيدة. (تماما كما أقر طلاب المدارس الثانوية الفنية). (مصطفى سويف وآخرون، ١٩٨٧).

وفى دراسة قام بها مصطفى سويف وآخرون (١٩٩٠) عن تدخين السجائر بين طلاب الثانوى العام (ن=١٤,٦٥٦)، وتوصلت الدراسة إلى العديد من النتائج منها:

- أن غالبية ١,٠٧٧٪ من هؤلاء الطلاب يدخنون السجائر.

- أن غالبية عينة الدراسة قد أقروا بأنهم قد بدأوا التدخين قبل سن السادسة عشرة.
- أن السن المنوالى (أكثر الأعمار شيوعاً للتدخين) هو سن ١٥ سنة.
- أن أهم المواقف التى تشجع على التدخين كان عبارة عن الموقف الذى يتواجد فيه الطالب مع زملاءه.
- أن التدخين فى المدارس الحكومية أقل بكثير من المدارس الخاصة أو اللغات.
- أن التدخين أكثر انتشاراً بين طلاب الأدبى عن العلمى.
- أن المدخنين أقل تحصيلاً من زملائهم غير المدخنين.
- هناك اقتراناً قوياً بين التدخين وعدد كبير من انحرافات السلوك (مثل الشجار مع المدرسين، والزملاء، والسرقات، أو الدخول فى متاعب مع الشرطة).
- وجود علاقة بين إقامة الطالب بعيداً عن أسرته وبين إقباله على التدخين.
- وأن الطلاب الذين توفيت أمهاتهم يقبلون أكثر على التدخين، إضافة إلى ارتفاع الدخل الشهرى للأسرة، وارتفاع مستوى تعليم الأبوين، غيرها من المتغيرات. (مصطفى سويف وآخرون، ١٩٩٠).

وفى دراسة قام بها معتز عبدالله عن مدى انتشار عادة تدخين السجائر لدى عينة من طلاب الثانوى بمدينة القاهرة الكبرى عام ١٩٨٦، وتوصل إلى العديد من النتائج منها: أن أهم المتغيرات الديموجرافية التى تقترن إيجابياً بالتدخين هى الشعب الدراسية، حيث تبين أن طلاب القسم الأدبى أكثر إقبالاً وتورطاً فى التدخين مقارنة بطلاب الشعب العلمية الأخرى (علوم، رياضة). وكذلك توصل إلى وجود علاقة بين الإقبال على التدخين وتعاطى المواد النفسية الأخرى مثل: المخدرات الطبيعية (كالحشيش والأفيون)،



والأدوية (منومات، مهدئات، منشطات)، والكحوليات. ولذا فإن التدخين يعد من أهم العوامل التى تساعد وتقود إلى تعاطى المواد النفسية الأخرى. (معتز عبدالله، ١٩٩١).

والخلاصة التى تم التوصل إليها من خلال هذه الدراسات حقيقة سبق أن ذكرناها وخلاصتها: أن التدخين يُعد (الباب الأولى والرئيسى) الذى يقود إلى (تجريب) أو (التورط) فى تعاطى المواد النفسية الأخرى، وتحت مظلة العديد من (الأوهام) و(الأفكار غير العقلانية) سواء أكان ذلك تحت تأثير دافع حب الاستطلاع أو للاعتقاد بأن التعاطى مفيد.

لذا سوف نفرد الصفحات القليلة القادمة للحديث عن كيفية الوقاية من التدخين.

الفصل الأول

التدخين أنواع (التدخين كما يدركه المدخن)

محتويات الفصل:

النوع الأول: التدخين غير الفارماكولوجى.

النوع الثانى: التدخين الفارماكولوجى (مرتبط بنسبة النيكوتين فى الدم).

«إن حركة لمس السيجارة وإخراجها من العلبة ثم وضعها بين الشفتين ثم إشعالها - أخيراً - تعد من الطقوس الباعثة على اللذة لدى المدخن».

المؤلف

التدخين أنواع

يقسم البعض المدخنين إلى نوعين رئيسيين:

النوع الأول: التدخين غير الفارماكولوجي: ويشمل الفئات الآتية:

أ- التدخين النفسي الاجتماعي:

حيث يكون من ضمن دوافع الفرد للتدخين في مثل هذه الحالات أنه يعتبر التدخين رمزاً للمركز الاجتماعي، واحترام الذات، والعصرية والتوافق بالتالي مع متطلبات العولمة وما أدراك ما العولمة؟!

ب- التدخين النفسي الحركي:

حيث وجدت الملاحظات أن المشكلة ليست في التدخين.. ولكن في (الطقوس) و(الإجراءات) التي يتبعها الشخص خلال مراحل التدخين.. وأن هذه الطقوس تبدأ من خلال:

١- التفكير في شراء الدخان.

٢- مسك علبة الدخان (أو السجائر) في اليد).

٣- فتح علبة الدخان (أو السجائر).

٤- استخراج كمية من (المعسل) أو استخراج سيجارة.

٥- طقوس الإشعال.

٦- طقوس (السحب) أو (الشد).

٧- تحريك السيجارة أو الشيشة أو الحديث من خلال سحابات الدخان، أو (تطويح) المبسم أثناء الكلام مع الآخر.

ومن ثم فإن سلم اللذة يبدأ منذ التفكير، ويتدرج السلم (الموسيقى الباعث على النشوة والوصول إلى أعلى درجة من الهارمونيا، وما خروج الدخان من الفم إلا (الطقس الأخير) فى سلسلة من الطقوس:

- متشابكة.
- مترابطة.
- متناغمة.
- متواصلة.
- لا تنفصل.
- حتى تصل بالشخص إلى ذروة اللذة والنشوة.

- النوع الثانى: التدخين الفارماكولوجى (مرتبط بنسبة النيكتوتين فى الدم):

ويشمل هذا النوع ويضم بين جنباته الفئات الآتية:

أ- التدخين الانغماسى أو الإشباعى:

وهو أكثر أنماط التدخين انتشاراً، وهدف المدخن فى هذه الحالة الحصول على أكثر قدر من اللذة، أو لتطويع لذة تصاحب موقف أو تجربة يمر بها. وتتباين فى هذا النوع كمية الدخان التى يستهلكها المدخن فى المواقف المختلفة، كما تتباين وتختلف من مدخن إلى آخر.

مثال: تتباين المواقف التى تدعو الشخص إلى التدخين، وقد ذكرنا آنفاً من خلال الدراسة الاستطلاعية التى أجريت على مدخنى الشيشة إلى أن المواقف التى تدعوهم إلى التدخين، وربما بكثافة موقفين متناقضين:

أ- إما مواقف سارة، ويكون الهدف الظاهرى هنا هو الاحتفال بهذه المناسبة.

ب- أو مواقف مؤلمة أو حزينة، ويكون الهدف الظاهرى - أى الذى يعلمه ويذكره الشخص - أنه يحاول التجاوز عن هذا الموقف.. وأن التدخين هو (المتنفس) الوحيد الذى يبدو له الآن فى الأفق حتى لا (ينغمس) فى الأحزان أكثر وأكثر. (محمد حسن غانم، ٢٠٠٧).

ب- التدخين التسكينى:

ويقبل الشخص على التدخين فى هذه الحالة لتهدئة توتراته، والتخفف من عصبيته.

مثال: من الغريب أن الملاحظات الأولية تكشف أن الكثير من الأشخاص إذا توتروا وارتفع صوتهم، تجد بعض المدخنين زملاؤهم يسارعون إليه بالسيجارة، أو إشعال الفحم و(رص الحجر) فى الشيشة.. وتقديم ذلك بأسرع ما يمكن.. ويقدمون له السيجارة أو الشيشة مع قولهم الشهير: "ولع وصلى على النبى"؟!.

ج- التدخين المنبه:

وهنا يمر المدخن بمشكلة، أو أزمة طارئة، أو يكون واقعاً تحت ضغط معين، وأن الظروف والأمور تستوجب ضرورة اتخاذ قرار.. وهنا يندمج فى التدخين.. ويكون هدفه الظاهرى - أى الواعى به - هو مساعدة جهازه العصبى على:

- التنبيه.
- التركيز.
- التفكير.
- التوصل إلى حل.
- فرض الفروض.
- (تقليب) هذه الأمور فى ذهنه.
- اتخاذ قرار.



أو قد يلجأ إلى ذلك لتحقيق هدف يسعى إليه وهو:

- التنبيه.
- التغلب على الملل.
- مقاومة النعاس.
- تسلية نفسه هروباً من الوحدة، أو هروباً من هجوم الأفكار والخواطر المزعجة التى من الممكن أن تهاجمه على حين غرة، خاصة وهو يجلس الآن فى بيته أو عمله وحيداً.

د- التدخين الإدمانى:

ويندرج هذا النوع ضمن المحكات والمعايير التى ذُكرت فى المراجع الطبية تحت فئة الإدمان، وإن الامتناع عن التدخين يؤدى إلى هبوط نسبة النيكوتين فى الدم دون الوصول إلى تركيز معين قد اعتادت عليه الأجهزة الفسيولوجية للمدخن. وتبدأ هنا الأعراض الانسحابية، وغالباً ما تكون بعد مضى (٣٠ دقيقة) من آخر سيجارة، أو آخر (حجر شيشة) قد (شده) أو (سحبه) المدخن.

وعموماً فإن الشخص المدمن يمكن التعرف عليه من خلال الملامح والأبعاد والصفات والسمات المعايير الآتية:

١- الميل إلى زيادة الجرعة المتعاطاة.

٢- اعتماد له مظاهر فسيولوجية واضحة.

٣- حالة تسمم عابرة أو مزمنة.

٤- رغبة قهرية قد تدفع المدمن إلى محاولة الحصول على المادة التى يتعاطاها بأية وسيلة (شرعية أو غير شرعية، قانونية أو غير قانونية، بالذوق، أو بواسطة ارتكاب الجريمة).

٥- تأثير مدمر على الفرد والمجتمع (حيث يدخل فى حلقة مفرغة.. ويكون همه الأساسى هو: كيفية توفير هذه المادة بأى وسيلة).



وكلنا يذكر ماذا يحدث لمدخنى السجائر - على سبيل المثال - لو علموا (ولو كان هذا العلم أو الاستنتاج لا يستند إلى أسس من الواقع) بأن هناك نقصاً فى (نوع معين من السجائر) تجدهم يتكالبون ويخزنون السجائر.. بل ويقومون بجولات مكوكية للمرور على (التجار) و(البقالين) لأخذ (أى كمية) يدخرونها لكى يواجهوا (الأيام السوداء - من وجهة نظرهم بالطبع - القادمة).. ولا يهدأ لهم بال إلا إذا وجدوا العلب (مرصوصة) وبكميات كبيرة في منازلهم.. ومع إشعال كل سيجارة يبدأ مخزون القلق فى الارتفاع.. لأن الاستهلاك من التموين - كما يطلق هذا المصطلح الكثير من المدخنين على السجائر أو (باكو المعسل) - يؤدى بالتالى إلى (نقص) فى المخزون الاستراتيجى الذى يعده لمواجهة قائمة ومحتملة مع الأعداء (حتى وإن كانوا بداخله وليسوا فى الخارج وهم كذلك بالفعل).

هـ- التدخين اللاإرادى:

حيث يتحول التدخين إلى فعل يفقد فيه الفرد القدرة على:

- التحكم.
- السيطرة.
- وضع الخطة.
- التنفيذ.

بل نجد الشخص هنا، وقد تحول إلى (ماكينة آلية) للتدخين.. إذ قد يشعل سيجارة من سيجارة، أو ينقل (الجمر أو النار المشتعل) من (حجر إلى حجر آخر).. ويفعل ذلك وهو فى حالة تشبه أو تقارب حالة (فقدان الوعى) عن العالم.. ليس منتبهاً إلا لشىء واحد.. الانخراط والاستمرار فى التدخين وكأن ذلك (فرض عين) لابد أن يؤديه على أكمل وجه حتى لا يُتهم من جانب (المحققين) بتهاونه فيما وُكِل إليه من أمر.



وعموماً فإن الأبحاث فى هذا الصدد قد حاولت أن تصنف مدخنى هذه الفئة.. وحاولت أن تقدمهم فى هذا التصنيف، ولكنه قاصر فقط على مدخنى السجائر، إلا أننا نستطيع أن نحول عدد السجائر إلى عدد (الحجارة) التى يشعلها الشخص فى الشيشة.

- مدخن مقل: أقل من ٦ سجائر يومياً.
- مدخن معتدل: من ٧-١٢ سيجارة يومياً.
- مدخن مفرط: يدخن من ١٣ - ٢٤ سيجارة يومياً.
- مدخن مفرط جداً: يدخن أكثر من ٢٤ سيجارة يومياً.

إلا أن هذا التصنيف قد يلقى بعض الضوء على أسباب ودوافع التدخين، إلا أنه لا يفسر لماذا يدخن الفرد بهذه الكمية وبهذه الكثافة؟ (عادل دمرداش، ١٩٨٢).

فى حين أن نتائج بعض الدراسات قد توصلت إلى أن الأسباب - من وجهة نظر المدخنين - كالآتى:

١- كنوع من التقليد خاصة لدى الأطفال.. وخاصة إذا كان يجد أن (مثله العليا) تدخن.. ولا شك أن المثل الأعلى للطفل يكون:

- الأب.
- المدرس.
- الأم (بالنسبة للفتاة).
- المعلمة (بالنسبة للفتاة).
- الممثل.
- الممثلة.
- شخصيات أخرى يرى من خلالها أحلامه وطموحاته.

٢- فى حين أن المراهقين يدخنون كنوع من:

- إثبات الذات.



- الحرية.
- المسئولية.
- رمز للقوة.
- استكمال الرجولة.
- النضج.
- الإحساس بأنه (أو أنها) يريد أن يفعل ما يريد.
- تعويض للفشل.
- سهولة الحصول على السيجارة.
- مشاركة الأصدقاء.
- حب الاستطلاع.

وقد توصلت نتائج الدراسات أن التجارب الأولى مع السيجارة تبدأ فى سن الطفولة أو سن المراهقة، وأن حوالى ٦٠٪ من المدخنين يبدأون التدخين قبل سن العشرين.

٣- الإيحاء:

والإيحاء Suggestion هو عملية نفسية يتم عن طريقها تقبل أفكار واتجاهات وآراء شخص آخر أو أكثر طواعية ودون قهر من جانب الشخص الموحى إليه.

ويعتمد الإيحاء - كعملية أو ميكانيزم أو وسيلة نفسية - على مجموعة من العوامل مثل:

أ- شخصية الموحى.
ب- شخصية الموحى إليه.
ج- طبيعة العلاقة بينهما.
د- موضوع الإيحاء.
هـ- الظروف التى تم من خلالها توصيل الرسالة.



والإيحاء كعملية نفسية معقدة تشترط مجموعة من الشروط فى شخصية الموحى (أى الذى يوحى إلى الفرد بأفكار معينة) مثل:

- أن يكون ذات شخصية قوية.
- مثقف.
- متزن نفسياً.
- يمثل مركز أو سلطة.
- يكون فى موقف القيادة.

وبالطبع فإن الشروط الواجب توافرها فى شخصية الموحى إليه تكون:

- ضعيفة.
- غير مثقفة.
- غير متزنة نفسياً.
- هين الشأن أو النقود.
- يكون فى موقف ضعف.
- غير قادر على (حسم) الأمور.

وبالطبع فإن مجالات الإيحاء تمتد لتشتمل:

- البدن .
- الأفكار.
- الاتجاهات.
- القيم.
- التفضيلات.
- الطموح.
- الإقدام.
- الإحجام (على موضوعات بعينها).

ومن الجدير بالذكر أن بعض الحالات التى يتم شفاؤها على أيدى المشعوذين



والدجالين ترجع إلى قوة إيحاءاتهم للمرضى الذين يترددون عليهم وشدة قناعتهم بما يوحونه إليهم. (فرج طه وآخرون، ١٣٢، ١٩٩٣).

وبالتالى فإن الإيحاء فى مجال التدخين يمكن أن يشمل المواقف الآتية:

- الإعلانات.
- الربط بين التدخين والقراءة.
- الربط بين التدخين وإمكانية أن يتخلص الفرد من توتراته.
- الربط بين التدخين ورؤية الأب يدخن.
- الربط بين التدخين ورؤية المدرب يدخن.
- أن هناك شخصيات بعينها تكون أكثر استهدافاً للوقوع فى التدخين أكثر من غيرها خاصة الشخصيات ذات النمط الاستهوائى والذى (يتأثر) بأى كلام أو تحبيذ يسمعه دون (فحص).

٤- التدخين عكاز عند الأزمات: حيث يرون أن التدخين يقدم لهم الخدمات الآتية:

- يخلصهم من التوتر.
- يدخلهم فى حالة من الاسترخاء.
- يكون سلاحهم عند الخوف.
- يعالجهم من الخجل والارتباك.
- الشعور بالراحة.
- الشعور بالنشاط والحيوية.
- المتعة.
- التسلية.
- الاستمتاع بالطعام (ولذا نجد كثير من المدخنين تمتد يده مباشرة إلى السيجارة لإشعالها، أو لإشعال (عدة) الشيشة عقب الطعام مباشرة بحجة أنه يريد أن (يحبس) أو (يعمر الطاسة)؟! (مختار مدكور، ١٩٨٧).

فى حين أن نتائج دراسات المركز القومى والتى أجريت على طلاب الثانوى

وجدت أنهم يدخنون (وأحياناً ما يلجأون إلى تعاطى مخدرات أو أدوية أخرى)؛ لأن ذلك من وجهة نظرهم واعتقادهم يساعدهم على:

- مواجهة الآلام الجسدية.
- الاعتقاد فى فائدته.
- مواجهة متاعب وجدانية لانفعالات غير سارة تلك التى تنتاب الفرد: كالقلق، الاكتئاب، القرف، الاشمئزاز..الخ.
- إدمانه والتعود عليه.
- الشعور بالمتعة أو اللذة. (مصطفى سويف، ١٩٩٦، ٧٥).

وفى دراسات تناولت الاعتقادات لدى مجموعة من المدخنين توصلت إلى أن المدخنين لديهم مجموعة من الاعتقادات (والمعتقدات هى مجموعة من الأفكار التى لا تقبل المناقشة والتى كونها الفرد حول تدخين السجائر فى ضوء ما مر به من خبرات حول هذا الموضوع، والتى ينتظم من خلالها سلوكه سواء بطريقة صريحة، أو دون وعى منه بذلك).

حيث توصلت نتائج العديد من الدراسات الميدانية إلى وجود المعتقدات الآتية حول التدخين لدى عينة من المدخنين:

١- الإصابة بالأمراض الجسمية أحد العوامل التى تؤدى إلى التدخين.
٢- التدخين يساعد على التحصيل الجيد لدى الطلاب.
٣- التدخين يساعد على التذكر بشكل جيد.
٤- من الصعب على المدخن أن يُغير نوع السجائر (أو نوع الدخان الذى اعتاد على تدخينه فى الشيشة).
٥- توجد رغبة ملحة لدى المدخنين للتدخين قبل النوم مباشرة.
٦- التدخين يجعل المدخن مقبولاً من الآخرين.
٧- تدخين الرجل يزيد من إعجاب الفتيات له.
٨- التدخين يُحسن العلاقات الاجتماعية بين الأصدقاء والزملاء.

٩- التعرض لبعض المتاعب النفسية يؤدى إلى التدخين.

١٠- مواجهة الشخص لبعض المشكلات والأزمات يؤدى به إلى التدخين.

١١- الشعور بالإحباط أحد الأسباب التى تدفع الشخص إلى التدخين.

١٢- الامتناع عن التدخين يؤدى إلى الشعور بالدوخة.

١٣- الامتناع عن التدخين لفترة يثير أعصاب المدخن.

١٤- قلة التدخين تسبب الصداع.

١٥- الأصدقاء هم السبب الرئيسى لتعلم التدخين.

١٦- التدخين لا يؤثر فى ميزانية الأسرة.

١٧- التدخين لا يؤثر على المستوى الاقتصادى للمجتمع.

١٨- ليس للتدخين أية آثار سلبية.

١٩- طعم النيكوتين لذيذ.

٢٠- التدخين يؤدى إلى الشعور بالمتعة.

٢١- المدخن شخص قلق.

٢٢- المدخن شخص اجتماعى.

٢٣- المدخن شخص واثق من نفسه.

٢٤- التدخين هو الطريق لتعاطى المخدرات.

٢٥- المدخن لا يستطيع مقاومة الرغبة الملحة للتدخين.

٢٦- المدخن لا يستطيع التوقف عن التدخين.

وبالطبع فقد وجدت الدراسة فروقاً بين معتقدات الأشخاص الذين يدخنون، وبين معتقدات الأشخاص الذين لا يدخنون، حيث أنهم بالطبع قد مالوا إلى الاعتقاد بذكر أضرار التدخين.. وعددوا هذه الأضرار وفى مجالات متعددة. (معتز سيد عبدالله، عبداللطيف خليفة، ١٩٩٦).

وفى دراسة أجريت فى جامعة (ساوثهامبتون) فى بريطانيا محاولة الإجابة عن تساؤل: ما الأسباب التى تؤدى إلى التدخين. وجاءت إجابات الطلبة مرتبة

ترتيباً تنازلياً كالآتى:

١- تقليل حدة الآثار العصبية والتغلب على التعب والشعور بالإرهاق.

٢- ارتخاء العضلات والشعور بالارتياح بعد التدخين.

٣- التدخين الانفرادى، وذلك لشعور الفرد بالتدخين بعيداً عن أعين الآخرين (خاصة لو كان الفرد حريصاً على أن لا تعرف أسرته ذلك).

٤- التدخين المصاحب لحدث من الأحداث، مثل التدخين بعد تناول الطعام أو التدخين المصاحب لتناول الشاى أو القهوة (أو المشروب المفضل للشخص).

٥- التدخين كبديل للغذاء، لأن التدخين يقلل شهية المدخن لتناول الطعام.

٦- التدخين الاجتماعى، وهو التدخين المرتبط بتواجد الشخص مع مجموعة من الأصدقاء، وبخاصة فى المناسبات (بغض النظر عن طبيعة هذه المناسبات وما أن كانت سعيدة أو غير ذلك).

٧- التدخين لزيادة الشعور بالثقة فى النفس، وأن البعض يرى أن التدخين يقلل من الإحساس بالخجل. (106-Bauer، C. 1999، pp.87).

وفى دراسة أجراها (صالح ليرى، ٢٠٠٦) على الإناث المدخنات فى المجتمع الكويتى، حيث اختار عينة عشوائية من الإناث من سن (١٦-٢٥ سنة، ن=٥٦٠)، وقد اتضح الآتى من خلال النظر إلى خصائص عينة الدراسة:

١- أن أكثر من نصف أفراد البحث (٦٠٪) يمثلون الفئات الشابة الصغيرة من المدخنات.

٢- أما اللاتى تبلغ أعمارهن من (٢٩-٣٠) كانت النسبة ١٩٪.

٣- فى حين أن اللاتى تبلغ أعمارهن (٤٠-٥٠) نسبتهن ٥٠٪.

٤- أن نسبة اللاتى تبلغ أعمارهن أكثر من ٥٠ سنة فإنها تمثل نسبة ٦٪.

أما عن العوامل الاجتماعية المؤثرة فى انتشار ظاهرة تدخين الأرجيلة فتمثلت فى:

١- وجود أصدقاء مدخنين للشيشة.
٢- الهروب من المشاكل الاجتماعية.
٣- عدم وجود رقابة أسرية، وعدم وجود دور واضح للأسرة.
٤- تقليد الآخرين من المدخنات للشيشة.
٥- تفك أسرى للأفراد الإناث المدخنات.
٦- الرغبة فى إبراز الشخصية الأنثوية.
٧- لا يستطعن رد الدعوة لتدخين الشيشة.
٨- من المظاهر الحضارية تدخين الإناث للشيشة.
٩- مقهى الشيشة مكان لجميع الأصدقاء (الإناث).
١٠- حرية شخصية فىاختيار نوع التدخين. (صالح ليرى، ٢٠٠٦، ص ص ٩-٣١).

وهكذا حاولنا فى الصفحات السابقة الإجابة عن التساؤل اللغز: "لماذا ندخن؟".

وقد حاولنا أن نجيب على هذا التساؤل من خلال الاتكاء إلى العديد من نتائج الدراسات الميدانية.. سواء تلك التى أجريت فى مصر أو العديد من الدول على أساس أن التدخين (هم عالمى) لا يخص مجتمع دون آخر.. بل هو (كارثة) بكل المقاييس، حيث تحاول العديد من المنظمات والهيئات والمؤسسات أن تجند الأموال، وتشحذ العقول فى محاولة لصد هذه (الهجمة البربرية الشرسة على الإنسان) إلا أن المأساة أن أعداد المدخنين والمنضمين إلى طابو الإدمان – لكافة أنواع التدخين – فى زيادة مستمرة، وهى كارثة يجب أن نتكاتف معاً من أجل مواجهتها مواجهة علمية حاسمة.

أما عن أسباب ودوافع التدخين فهذا سيكون حديثنا فى الفصل القادم.

الفصل الثانى

التدخين : الأسباب والدوافع

محتويات الفصل:

الأسباب التى تدفع إلى بدء التدخين لدى المراهقين.

١- تقليد الكبار.

٢- مشاعر الرجولة أو إثبات الذات.

٣- مجاراة الزملاء.

٤- جذب اهتمام الجنس الآخر.

٥- تمرد على سلطة الكبار.

٦- ظروف ضاغطة.

٧- ظروف اجتماعية.

«إذا عرف السبب بطل العجب.. ولذا لابد أن نعرف (الدوافع المختلفة) التى تدفع بالفرد إلى التدخين والتشبث به إلى درجة دمار النفس والجسم».

المؤلف

مقدمة:

لكل سلوك دافع معين حتى وإن كان الشخص بدون علم به، ولذا يحتل موضوع الدوافع مكانة هامة فى علم النفس، وفى العديد من فروعه، فلماذا يرتكب شخص ما جريمة رغم أن كل المؤشرات الظاهرة كانت توضح عكس ذلك؟ لا شك أن الغوص فى أعماقه والتعرف على الدوافع هام فى هذا السياق.

وبدون الغوص فى تفاصيل، يقسم العلماء الدوافع إلى:

أ- **دوافع شعورية:** وهى تلك الدوافع التى يشعر بها الشخص ويعيها، أو يمكن له أن يتذكرها، وأن يكون على بينة منها. فالشخص الذى يكره (س) من الناس يشعر بهذا الدافع، وربما (يشحذ ذهنه) لحصر العديد من الأسباب والمواقفل التى دعته إلى ضرورة اتخاذ هذا الدافع.

ب- **دوافع لا شعورية:** وهنا يسلك الشخص سلوكاً ما، ولا يدرى لماذا يفعل ذلك، وقد يقول قولاً ويفعل عكسه.. لكن لماذا؟ هو لا يدرى ذلك، ذلك لأن تلك الدوافع لا تظهر فى شعور الفرد ولا فى وعيه، لذا لا نجد غرابة فى إنكار الشخص لها. وكل شخصي لديه قدر من هذه الدوافع.



ولكن في الدوافع اللاشعورية يجب أن نعى الأمور الآتية:

أ- أن كل شخص لديه دوافع شعورية ودوافع لا شعورية.

ب- أن (كم) هذه الدوافع يختلف من شخص إلى آخر وربما فى الفرد الواحد من مرحلة عمرية إلى أخرى.

ج- كثيراً ما تكون الدوافع الشعورية غطاءاً لدوافع لا شعورية متناقضة إذ كثيراً ما يخفى الحب الكره أو العكس، ومن هنا نجد المثل الشعبى الشهير: "ما محبة إلا بعد عداوة".

د- إن الدوافع اللاشعورية لا تقبل أن تكون هكذا مستبعدة من الشعور، ولذا تجاهد من أجل أن تصبح شعورية.

هـ- وحتى إذا فشلت فى أن تكون شعورية فإنها تظهر فى العديد من السلوكات: زلات القلم أو اللسان، وكذا الأحلام، وربما السلوك المضرى الذى لا يعرف الشخص له تفسيراً ولا حتى المحيطين به بدون الغوص فى ديناميات هذا الشخص.

و- أن كل سلوك محتوم المعنى والدلالة، إذ لا عشوائية أو صدفة فى السلوك لدرجة أن العديد من العلماء يطلقون كلمتهم الشهيرة: "أن المرض اختيار" وبالتالى نستطيع أن نستنتج فى هذا السياق أن التدخين اختيار، وإذا كان التجريب به سمة الاستطلاع - كصفة إنسانية - أو سلوك شائع ومقبول عند جميع البشر فلماذا حين يدخن سيجارة فإنها (تعلق) عند البعض (لفترة) ويرفضها البعض بمجرد (النفس الأول) ولا يكرر هذه التجربة مرة ثانية طوال حياته، وآخر يصبح التدخين لديه إدماناً وأسلوب حياة لا يستطيع أن يتخلى عنه حتى لو خُير ما بين التدخين أو الموت فإنه قد يختار بإرادته - وربما رغماً عن إرادته - الموت تدخيناً.

وهذا واقع من نتائج العديد من الدراسات الميدانية التى حاولت سبر

أغوار ظاهرة التدخين.

ورغم قلة الدراسات الجادة فى هذا السياق، فقد توصلت إلى أن التدخين يبدأ فى سن قبل المراهقة - أو حتى فى مرحلة المراهقة - وهذا يقتضى من (المفسرين) أخذ كافة الخصائص والسمات المميزة للمراهقين وكذا طبيعة المراهق. وسوف تسير دراستنا هنا فى مجالين مترابطين هما:

الأول: الأسباب التى تدفع إلى بدء التدخين لدى المراهقين:

وسوف نقوم بترتيب الأسباب ترتيباً تنازلياً أى من الأعلى إلى الأقل:

١- تقليد الكبار:

وقد أتى هذا العامل كأحد أهم أول الأسباب التى تقود إلى التدخين، ولا شك أن من أهم سمات مرحلة المراهقة البحث عن قدوة أو مثل أعلى، وقد يكون هذا القدوة: من داخل الأسرة، أو من المدرسة، أو من نجوم المجتمع اللامعين والذى شاهده هذا الفتى وهو يدخن فاعتقد - فى داخله - أنه لكى يتوحد أو يقلد من يحب فلابد أن يفعل مثله.

هذا تفسير.

تفسير آخر أن الشخص هذا قد يتواجد فى بيئة ولم تدرك بعد أن هذا الشخص قد نضج ودخل فى مرحلة المراهقة بكل عواصفها.. ومازالت تنظر إليه على أساس أنه: ذلك الطفل الصغير الذى لا يعرف مصلحته، ولابدمن أن يسمح الوالدين - أو من يقوم مقامهما فى المؤسسات الاجتماعية الأخرى - أن يتدخلا فى شئون على أساس مقولة: "اللى أكبر منك بيوم يعرف عنك بسنة"، ولا شك أن هذا يضايق الشاب فى مرحلة

المراهقة ويدفعه إلى (التمرد)، ومن مظاهر التمرد التدخين على أساس أنه:

- مظهر من مظاهر الرجولة.
- علامة من علامات النضج.
- علامة من علامات الاستقلال.
- علامة من علامات الاعتماد على النفس.

فإذا لم يدرك الآخرون فحوى هذه الرسائل.. جاهر المدخن بالتدخين، وسوف يدخل معهم المعركة (وهو على قدم المساواة من حيث جمع الأدلة والحجج التى تصرع المعارضين).

وتظهر المشكلة إذا كان الأب يدخن ويطلب من الابن أن لا يدخن، بل أثبتت بعض الدراسات الجادة - وكذا الملاحظات فى هذا الشأن - أن المراهق حين يتواجد فى بيئة يدخن فيها الوالد أو أحد أفراد أسرته فإن فرصته فى التجريب والتدخين تكون أكبر؛ (وذلك لتوافر مادة التدخين وربما الإدمان) من شخص آخر غير متوفر فى بيئته الأسرية مثل هؤلاء الأشخاص والذين يدخنون.

وإذا كان الأب يدخن فلابد أن التدخين له فوائده (وإلا لماذا ينصحنى بالابتعاد عن التدخين وإذا كان التدخين ضار فلماذا فشل فى التوقف؟!

وإذا كان الفرد فى مرحلة الطفولة السابقة وللعديد من العوامل والأسباب - لا يعبر ولا يرفض فإنه قد أصبح فى هذه المرحلة قادراً على المواجهة بل والدخول فى الصدام إلى منتهاه وأقل شىء هو مغادرة المنزل رغم أنه يعلم أن هذا الابتعاد سوف يترك مساحات من الأسى واللوعة.

٢- مشاعر الرجولة أو إثبات الذات:

هنا نتعمق فى هذا الدافع قليلاً ونتساءل:

- ما معنى الرجولة ومفهومها لدى الشباب؟
- وهل الرجل هو الذى يدخن؟



- وإذا كان الحال كذلك فما هو الموقف من الرجل - أو الرجال
- الذى لا يدخن؟

والواقع أن كل هذه التساؤلات وغيرها تدخل فى باب المفاهيم السائدة حول مفهوم الرجولة وما يرتبط بها من بعض المظاهر.

وقد تتسامح (ثقافة التنشئة الاجتماعية) فى منح بعض (الحريات) تجاه الولد الذكر، عكس الحال تجاه الأنثى مثلاً (وإن كانت العديد من الملاحظات وبعض الدراسات قد وجدت انغماس أو تورط نسبة من الإناث فى التدخين).

والمراهق يتمرد على نظرة الطفولة التى يبديها الآخرين تجاهه، أنه يتساءل حين يصيح عليه أحد والديه مثلاً قائلاً له: "تعالى يا ولد" أنه يتضايق من ذلك ويتساءل:

- ما معنى كلمة ولد؟
- هل أنا مازلت طفل؟
- وسنواتى الـ ١٢١ أو الـ ١٣؟
- ألم يلاحظ الوالد أو الوالدة (أو المدرسة أو المدرسة) التغيرات الخارجية التى حدثت لى مثلاً (ظهور شعر الشارب واللحية)؟
- ألم يلاحظ تغير نبرة صوتى حيث أصبح أكثر خشونة عن ذى قبل؟

فإذا كان المناخ السائد فى الأسرة يفتقد إلى الدفء العاطفى والمودة والثقة وتبادل الرأى والمصارحة.. أخذ الشاب هذا طريق التمرد.. والتمرد له مظاهر متعددة أهمها: فرض رأيه فى تناول أو عدم تناول أطعمة معينة، وكذا فى اختيار (ملابس) معينة)، أو (قصات للشعر) معينة.. وهكذا. فإذا أثار هذا استياء الأسرة أصر على موقفه، بلشعر فى داخله بالانتصار ولأنه استطاع أن (يكسر إرادتهم.. وأن يعلمهم (دروساً) بعد أن كانوا ينظرون إلى ذاتهم وكأنهم (رموز لا تمس).



٣- مجاراة الزملاء:

من الغريب فى هذه المرحلة أن المراهق قد يتمرد على أفراد أسرته إلا أن الزملاء أو الأصدقاء فى هذه المرحلة يمثلون الجانب أو الباب الثانى الذى ينطوى تحت لوائه المراهق.

وقد أشارت كافة الدراسات التى تناولت مرحلة المراهقة إلى أن الصحبة والرفاق فى فترة المراهقة تلعب دوراً هاماً فى تشكيل شخصية المراهق.. وأنه يسير فى طاعة ركاب الأصدقاء ويطيعهم طاعة شبه عمياء لا تناقش.. لأنه من السهولة بمكان أن يقنع الشاب زميله بما يتعاطاه، بل ويحرضه على مشاركته، فإذا تردد اتهمه بأنه لم يبرح بعد مرحلة الطفولة، هذه التهمة تستفز صاحبنا فيجرب.. بل ويضغط على نفسه من أجل أن (يحسن) صورته أمام زملاءه.. فضلاً عن أن تواجد الشاب مع زملاءه - فى هذه الفترة تحديداً - يحقق له العديدمن المزايا مثل:

- الشعور بالانتماء.
- الشعور بتقدير الذات.
- نمو الثقة بالنفس.
- الشعور بالاستقلال.
- إيجاد (متنفس) للتعبير و(الفضفضة) عن النفس مع آخرين يشاركونه تقريباً نفس (المشاكل والهموم والأحاسيس).

ولذا فقد ظهرت العديد من النظريات التى تفسر سبب (هذا الالتحام) بين جماعات الأصدقاء وتحديداً فى مرحلة المراهقة، وخاصة نظرية المسايرة الاجتماعية Social Conformity والتى ترى أن كل شخص يعتقد

في داخله أنه لكي يكون محبوباً ومقبولاً ومستحسناً من قبل الآخرين فإنه لابد أن يساير نفس الجماعة التي ينتمي (أو يود) أن ينتمي إليها في كل ما تقوم به من سلوكيات وأفعال وطقوس واتجاهات بل وقيم.. حتى لو أظهر قدراً من المعارضة تجاه (مسلك ما) فإن ضغط الزملاء Peer pressure والدرجة التي يمارسونها عليه والتأثير كل ذلك قد يجعل الشخص (يتنازل) عن معارضته تلك وينصاع لما تنصاع له الجماعة وبذلك يرتاح حين ينطوي تحت لواء (النحن) لا تحت شعار (أنا).

ولذلك فإن العديد من الدراسات الجادة قد أشارت إلى وجود علاقة ارتباطية قوية بين جماعة الرفاق وأي سلوك ما سواء أكان هذا السلوك تدخين، أو تعاطي عقاقير، أو تناول كحوليات، أو حتى الدخول في مغامرات نسائية، أو حتى الدخول في أفعال إجرامية، بل أن تأثير وضغط الزملاء هنا على بعضهم البعض يكون أقوى وأكبر من تأثير الوالدين على أبنائهم؟!

ولذا على الآباء أن (يخلقوا) مناخاً من الحرية المسئولة؛ لأن الديكتاتورية أو الفوضى تجعل (المراهق) كالمستجير من النار بالرمضاء، إضافة إلى مسألة التدخل في اختيار أولادنا لأصدقائهم - حتى ولو بطريق غير مباشر - حتى لا يثور المراهق متهماً إيانا بأننا لا نعرف مصلحته وأنه حر.. إلى آخر هذه الشعارات التي يتغنى بها ويعزفها د،ن أن يعيها أو يعي أبعادها، وإذا وجدنا خطأ في الاختيار فإننا يمكن أن نتدخل من باب (التلميح) بضرورة أهمية اختيار الصديق؛ سلوكه لو كان مشيناً فسوف ينعكس ذلك على شخصيتنا وأن الصديق مرآة أخيه فلينظر أحدكم من يصادق.

٤- جذب اهتمام الجنس الآخر:

لعل من الأشياء التي تتبلور في المراهقة هي ظهور الرغبة الجنسية وبالتالي يحدث الانجذاب بين الجنسين بعد أن كان فيما مضى- أي في الفترة السابقة على المراهقة مباشرة -

يحاول الالتصاق بنفس الأفراد الذين ينتمون إلى نفس جنسه. هنا تحدث التغيرات، ويبدأ الفتى - مرغماً - فى التفكير فى (الجنس الآخر)، وكذا تفعل الفتاة، ويعيش الشاب مجموعة من الصراعات تدور بحذافيرها فى خيال كل مراهق، ما بين أن يحب فتاته حباً ملائكياً طاهراً، وبين أن يدخل فى دوامة (تجربة الجسد).. ويظل هناك صراع داخلى وعنيف وشرس. كذلك أحلام اليقظة تكون غالباً مليئة بالشهوة ثم يتبعها الندم، مع وجود أحلام يقظة أخرى أكثر شفافية وحباً ورومانسية، وبين هذا وذاك يعيش المراهق. هذا باختصار ملمح أساسى لابد أن يمر به كافة المراهقين فى غالبية الثقافات. ولذا أعجبنى جداً اعتراف الكاتب الصحفى الكبير صلاح منتصر الصريح فى كتابه: "رسالة إلى أى مدخن" (مكتبة الأسرة، ٢٠٠٠) لكيفية تدخينه السيجارة الأولى يقول: "كنت فى مقتبل الشباب وقد تفتحت مشاعرى لفتاة كانت تمضى الصيف مثلى فى رأس البر. وفى ذات ليلة رأيتها تسير وحدها، فأردت أن أنتهزها فرصة وأعبر لها عن هذه المشاعر المختلفة داخلى، وعندما سرت خلفها فشلت كل محاولات فى إخراج كلمة واحدة أنطق بها.. وخيل لى أننى فى حاجة إلى شىء يشجعنى على الكلام.. فكان أن اشتريت فى اليوم التالى أول علبة سجائر فى حياتى، وظللت محتفظاً بها فى جيبى إلى أن شاهدت فتاتى تسير وحدها فأخرجت علبة السجائر من مكمنها، وأشعلت السيجارة الأولى، ونفثت دخانها وأنا أشعر بأننى أكبر عشر سنوا تمن سنى، وهو ما كنت أريدها أن تعرفه.. وانتظرت أن تخرج كلمة واحدة من فمى أعبر لها عن مشاعرى ولكن لسانى

احتبس داخل فمي.. ولا أذكر أنني تحدثت حت اليوم إلى هذه الفتاة التي باعدت الأيام بيني وبينها والتي بسببها عرفت طريقي إلى السجائر متصورا أنها ستساعدني وتشجعني على الحديث معها، فكان أن خرجت من علاقتي العرجاء والبكماء معها - لأنها علاقة من طرف واحد وبغير كلام - بمعرفتي التدخين وإدماني السيجارة، وقد زادت علاقتي بها، أقصد السيجارة.." (ص٢٧: ص ٢٨).

وما ذكره الأستاذ صلاح منتصر هو ما يحدث لمئات من الشباب الذين يحاولون (لفت أنظار الجنس الآخر) وما التدخين إلا رسالة إليها لها رموز وشفرة ومحكات ومنها:

- أنه الآن رجل.
- أنه يعتمد على نفسه.
- أنه لا يخشى شيئاً.
- أنه مستعد من أجلها أن يفعل أى شىء.

ورغم ذلك فقد خذلته السيجارة ولم تمنحه (الكلام) أو (سهولة التفاعل) التى يود أن يكونها مع فتاته.

٥- تمرد على سلطة الكبار:

لعل التمرد على السلطة - بمختلف صورها - هو سمة تميز - أيضاً مرحلة المراهقة، إذ يعيش المراهق (أزمة الهوية) ويتساءل عن العديد من المحاور الفلسفية، ثم يبدأ التمرد كنوع من رد الفعل لإثبات أن ذاته مختلفة عن ذات الآخر، وفى محاولة - أيضاً - للفت الأنظار والاهتمام.

وتتعدد أشكال التمرد بين الشباب تجاه السلطة - وخاصة الوالدية - والتى تظهر فى الآتى:

- إذا كان الأب يفضل الترفيه بالاستماع إلى (س) من المطربين فإن الابن يرفض ذلك ويصر على (ص)، بل ويشترى كافة المجلات التى تفرد له بعض الصفحات، ويلصق صورة هذا (المطرب) على كل جدار داخل الشقة.
- يظهر أيضاً التمرد فى المجال الدراسى، فإذا كان الأب قد درس الطب فإن الابن يحاول أن لا يدرسه فى البداية، بل قد يختار تخصصاً آخر غير تخصص والده، فإذا أصر الأب - وساندته الأم - فإنه يمكن أن يلتحق بالطب إلا أنه لن يحقق نفس النجاحات أو الشهرة أو التفوق الذى قد حققه الأب. ونظرة سريعة إلى العديد من الأمثلة نجد استحالة أن يحقق الابن نفس المكانة العلمية - أو حتى الإنسانية- التى حققها الأب.
- إذا وجد الابن أن سلطة أباه تشمل الجميع أو أن الجميع يخشونه فإنه يتساءل: لماذا يفعل الأب ذلك؟
- من الذى أعطاه هذا الحق لكى (يسيطر) بكل هذا العنف على الجميع؟
- ثم يبدأ محاولاته أن يجعل (والدته وأشقاءه) يتتمردون على هذا الوضع، فإذا أبدوا اندهاشاً لذلك فإنه يبدأ بنفسه ويتمرد.
- والأب الذى يدخن قد نجد ابنه يدخن (إما نتيجة للتمرد على الأب أو تحت تأثير الأصدقاء أو لأسباب أخرى ومتعددة).
- لكن ليس معنى التمرد أن الابن لا يحترم الأب أبداً، بل يقدره ويجله لميزات فى والده يراها جديرة بالفخر والاعتزاز.

ويبقى بعد ذلك أسلوب (التعامل) مع هذه الأزمة التى تعصف

بالمراهق وطريقتنا ككبار فى التعامل معها.

٦- ظروف ضاغطة:

تعد الضغوط أحد أهم الأسباب التى تقود إلى البدء فى التدخين، وإذا كانت الضغوط قدر، فإن القدرة على التعامل مع هذه الضغوط يحتاج إلى العديد من المهارات والاستراتيجيات الكفيلة بذلك والتى تؤدى فى النهاية إلى (الصلابة النفسية) للفرد.

والعلاقة بين الضغوط والتدخين - أو تعاطى المخدرات بكافة أنواعها أو حتى انحراف السلوك - قد أكدتها العديد من الدراسات، وكلما كان الفرد قادراً على التعامل مع الضغوط أولاً بأول (دون تأجيل أو تسويف) فإن يكون أكثر صحة نفسية من شخص اعتاد على السلبية والصراخ على الآخر والاستنجاد به؛ لأن تراكم الضغوط يدخل الفرد فى حالة تجعله متوتراً باستمرار وفي حالة من الإرهاق والإجهاد، ولذا نُطلق عليه فرد مضغوط جداً ومتوتر.

شخص من هذا النوع لابد أن يتميز بالآتى:

- القلق.
- سرعة الاستثارة.
- الخوف.
- الأرق.
- صعوبة التركيز.
- تشتت الانتباه.
- عدم سلاسة التفكير.
- اضطراب النوم.



- اضطراب الشهية لتناول الطعام.
- تعاطى مواد مخدرة (إما منبهة أو منشطة أو حتى مهدئة)، بالإضافة إلى التدخين والذى يعتبره - هذا الشخص - المتنفس له والمساعد على (اجتياز) هذه الضغوط.

وعن طبيعة الضغوط التلى تدفع المراهق إلى البدء فى التدخين فقد ذُكرت الضغوط الآتية:

- المذاكرة وتراكمها.
- دخول الامتحانات أو اقترابها.
- مواجهة مشكلات مع العائلة.
- مواجهة مشكلات مع الزملاء أو الأصدقاء.
- وفاة شخص عزيز عليه من أفراد الأسرة.
- عدم (كفاية) مصروف اليد.
- الرغبة فى الحصول على (مجموع كبير).
- مواجهة الانتقال والانتظام فى مواعيد حضور (الدروس الخصوصية المختلفة)، إذ من السائد أن الطالب - خاصة فى المرحلة الثانوية العامة بدءاً من الصف الثانى حتى الصف الثالث - يأخذ دروساً خاصة فى جميع المواد تقريباً. ولا شك أن ذلك يقتضى تنظيماً للوقت سواء سيحضر إليه المدرس فى المنزل أو سيذهب هو عند (س) من زملاءه لتلقى الدرس (وكل هذا يعد مادة واحدة) والمطلوب منه أن ينظم مواعيده فى كافة المواد والدروس.
- مواجهة مشكلات جسدية: صداع، أرق، دوخة، عدم الشهية للطعام... الخ.
- مواجهة مشكلات نفسية مثل:
  - القلق.



- الحزن.
- تأكيد الذات.
- الخجل.
- الخوف.
- الإحباط.
- الهروب من مواجهة ضغوط الواقع.
- العلاج الذاتى لبعض الآلام العضوية، كالصداع، والتوتر مثلاً.
- الشعور بالوحدة، والشعور بالوحخدة ليس معناها أن الشخص يجلس بمفرده منفصلاً عن الآخرين، بل قد يتواجد الشخص وسط حشد من البشر، ورغم ذلك يهيمن على أفكاره هذا الشعور، ذلك لأن الشعور بالوحدة إنما يعنى أن الفرد يتواجد فيزيقياً وجسدياً مع آخرين إلا أن مشاعره واهتماماته وأفكاره وقيمه واتجاهاته متقوقعة على ذاتها ويرفض (تبادل الحوار) مع الأخر.

ولذا فالشخصيات الاكتئابية من الشخصيات المعرضة للتدخين والتى تتسم بالآتى:

- الإحساس العام بالحزن.
- افتقاد الرغبة والحماس.
- الإيقاع البطىء.
- انخفاض فى الروح المعنوية.
- الإحساس القوى بالاكتئاب.
- إهمال المظهر.
- عدم تبادل الحوار مع الآخر.
- الاكتفاء فقط بالعلاقة بالذات، وإذا اضطر للتعامل مع الآخر فيتم ذلك فى أضيق الحدود.



- لا تثير الأحداث التى تقع كل يوم بل وكل لحظة اهتمامه.
- التواجد مع الناس هو (الجحيم بعينه) إن لم يكن هو الجحيم ذاته.

ومثل هؤلاء الأشخاص إذا لم يتم الانتباه لهم وتقدير مدى معاناتهم فإنهم يمكن أن ينجرفوا لا إلى التدخين فقط بل إلى الإدمان خلاصاً من هذه المشاعر التى تؤلمه والتى تزداد حدتها يوماً بعد يوم.

٧- ظروف اجتماعية: مثل:

أ- المواقف الاجتماعية: ذلك لأن التدخين قد يكون من السلوكيات الشائعة والمقبولة فى البيئة التى يعيش فيها الشخص، بل قد (يتسامح) الجميع إزاء ذلك، مثل توزيع السجائر - بل المخدرات والخمر - فى بعض الأفراح، فإذا أجبت من قدم لك السيجارة أنك لا تدخن:

- "يا أخى عفر".
- "لا أدخن".
- "عفرها فى فرح العمدة".

و(فرح العمدة) هو رمز أى مناسبة سعيدة قد يسمح فيها بالتدخين أو بتعاطى المشروبات الروحية، ولا مانع أن تزاملها مشروبات غازية؟! أو حتى سجائر محشوة بالبانجو أو الحشيش.

لكن المواقف الاجتماعية تثير موقفين:

الأول: أنها قد تكون دافع لبعض الشباب على بدء التدخين.

الثانى: أنها قد تكون دافعاً للبعض على الاستمرار فى التدخين بل وتحبيذه انطلاقاً من مقولة: "إذا كان الجميع يفعل ذلك فلم أمتنع أنا؟ فلأدخن ولأجعل (المركب) تسير؟!".

ب- للتسلية واللهو: وهذا ناتج - فى الغالب - من الفراغ، وافتقاد الشاب إلى الهدف أو الأهداف التى يسعى إلى

تحقيقها، إضافة إلى العديد ممن شملتهم الدراسة قد ذكروا أنهم يدخنون: من باب إزجاء الوقت والتسلية.

- أنهم يدخنون بطريقة آلية/روتينية وليس لهدف محدد.
- التدخين يساعد على التفكير.
- التدخين يساعد على الإبداع والابتكار.

ولعل كل ما سبق إنما يمثل "مجموعة من الأفكار غير المنطقية" التى ارتبطت لدى المدخنين بمجموعة من المدعمات (سواء من خلال (ما يتوهم أنه تجربة ذاتية) أو من خلال "إشارة البعض له" بأن يدخن حتى يتخلص من كذا وكذا من الأعراض والعلامات.

وعلى كل حالة يجب على المهتمين بالشباب وقضاياهم وضع هذه المبررات والأسباب فى الاعتبار عند التعامل مع (مشكلة التدخين وكيفية مساعدة هذا الشخص أو ذاك على الإقلاع).

ج- عدم وجود أضرار: ذلك لأن التدخين لا تظهر عقب الانتهاء من تدخين السيجارة مثلاً، بل تظل هذه الأضرار تتراكم حتى تظهر مرة واحدة (وكأنك أمام جبل انهار فجأة بالرغم من أنه قد يبدو للعيان أنه متماسك).

ولنعود إلى قراءة سطور من تجربة الأستاذ صلاح منتصر والدوافع التى جعلته يتوقف عن التدخين يقول: " فى سن الخامسة والثلاثين فوجئت بظاهرة غريبة.. فبرغم تربيتى تربية رياضية لعبت فيها رياضات الاسكواش، والتنس، والكرة الطائرة إلا أننى فوجئت بأصوات موسيقية غريبة تخرج من صدرى وتصورتها فى البداية أمراً طارئاً ولكنها أخذت تزداد مصحوبة بكحة خشنة كانت توقظنى من عز النوم وجعلتنى أعرف الأقراص المهدئة والمنومة حتى أستطيع التغلب عليها.. ولم تتحسن حالتى.. وإنما خيل لى أننى أصبحت شيخاً عجوزاً فى سن الخامسة والثلاثين.. ولم أكن فىحاجة إلى أى ذكاء



لاكتشاف أن السيجارة هى السبب فيما آلة إليه الأحوال السيئة لى.

وهكذا تتعدد الدوافع والأسباب التى تقود إلى التدخين والاستمرار فيه وهى أسباب ودوافع قد تم التوصل إليها من واقع أفراد مدخنين شملتهم الدراسات، إضافة إلى العديد من الملاحظات. ورغم أن التدخين يتم من خلال مجموعة من الدوافع قد تتشابك مع مجموعة من الأفكار غير المنطقية، إلا أن مثل هذه الدوافع وتلك الأفكار غير العقلانية فى حاجة إلى تمحيص ووضعها موضع النظر والاعتبار ونحن نتعامل مع فئات وشرائح المدخنين.

وقد ظهرت العديد من النظريات التى حاولت تفسير التدخين.. أى لماذا يدخن الفرد بل ولماذا يتثبت بالتدخين وهذا سيكون موضوع الحديث فى الفصل القادم.

الفصل الثالث

فى النظريات المفسرة للتدخين

محتويات الفصل:

- نظرية التحليل النفسى.
- النظرية السلوكية.
- التفسير الاجتماعى للتدخين.
- التفسير البيولوجى والفسيولوجى للتدخين.

في النظريات المفسرة للتدخين

«محاولات كثيرة ونظريات واجتهادات قُدمت في محاولة لفهم: لماذا يصر المدخن على التدخين؟ ولكن هل تم أخذ رأى المدخن فى الاعتبار على أساس أنه المعنى بالقضية فى الأساس؟!».

المؤلف

مقدمة:

استرعت ظاهرة التدخين اهتمام العديد من علماء النفس، ولذا قدموا العديد من التفسيرات حول هذه الظاهرة فى محاولة منهم:

أ- للفهم.

ب- للتفسير.

ج- للتشخيص.

د- للوقاية.

هـ- للعلاج.

وسوف نعرض أشهر الأراء والنظريات فى هذا الصدد:

أولاً: نظرية التحليل النفسي:

تنهض نظرية التحليل النفسي على فكرة محورية من خلالها يتم تفسير كافة السلوكيات الإنسانية (خاصة المنحرفة)، وترى أن الشخصية حين يتعرض للإحباط فإن الإحباط يؤثر فيه نفسياً خاصة إذا كان غير مؤهل لمواجهة الإحباط، وغالباً ما يكون العاملين معاً، عامل خارجي يتمثل فى الإحباط وشدته، وعامل نفسي داخلى يتمثل فى قلة قدرة هذا الشخص على

تحمل الإحباط أو مواجهته، ويمكن أن يتفاعل كلا العاملين معاً وهذا هو الأمر الشائع، هنا يلجأ الشخص إلى العديد من دروب الانحراف بغض النظر عن نوع هذا الانحراف وما إذا كان تدخين، أو تعاطى مخدرات، أو انحرافات سلوكية، أو انحرافات جنسية..الخ.

ولو اقتصر حديثنا فى هذا المقام على وجهة نظر التحليل النفسى فى التدخين فإننا نلخص الموقف فى النقاط الآتية:

- يرى التحليل النفسى أن الفم والشفاه مناطق حساسة وتلعب الدور الأكبر فى عملية التدخين (أو التعاطى بصفة عامة).
- أن الشخص قد خبر – فيما مضى – فكرة عملية الامتصاص والتى كانت تهدف إلى تحقيق غرض ما هو سد (منافذ) غريزة الجوع لديه إبان مرحلة المهد أو الطفولة تحديداً.
- والتدخين (أو التعاطى) لا شك أنه يُحدث للفم والشفاه نوعاً من التنبيه.
- ويترتب على ذلك مشاعر اللذة فى حالة الفعل، ومشاعر (جد مؤلمة) فى حالة عدم الفعل.
- لكن هذه الصورة (أى تنبيه الفم) تأخذ أشكال متعددة بعضها قد يكون مقبولاً مثل:
  - التدخين.
  - التعاطى.
  - مضغ اللبان.
  - صبغ الشفاه بالقلم الأحمر (عند الأنسات والسيدات).
- وبعضها يكون غير مقبول اجتماعياً مثل:
  - مص الأصابع.
  - قرض الأصابع.
  - وغيرها من الأشياء التى تكون غير مقبولة اجتماعياً.

- أن استمرار هذه (العادات الفمية) له العديد من الفوائد مثل:

- تخفيف التوتر.
- تفريغ التوتر.
- الشعور بالاسترخاء.
- الشعور بالأمان.
- الشعور بالرجولة.

وأن الشخص لابد أن يكون له - طوال عمره - عادة فمية يقوم بها لكى تحل محل العادة الأساسية ألا وهى مضغ الطعام بالرغم من أن تناول الطعام يظل سلوكاً ملاصقاً وملازماً للشخص عبر حياته إلا أن الرغبة فى (الاستثارة الفمية) يدفع الشخص إلى العديد من هذه السلوكيات.

لكن لماذا يختار الشخص عادة (التدخين) مثلاً دون غيرها من أنواع السلوك؟!

إن ذلك محكوم عليه بعدة عوامل:

الأول: المجتمع: حيث لا يعيش الفرد فى فراغ، بل يعيش فى حالة تواجد مع الآخر سواء أكان على المستوى الفعلى - أى التواجد الفيزيقى والحضور الساطع فى حضرة الأخرين - أو التواجد على المستوى المتخيل - حيث يهلوس الشخص بالأخر سواء على مستوى الحلم أو حلم اليقظة أو حتى فى حالة الهذيان والأفكار الاضطهادية والعظمة كما فى حالة الجنون أو الفصام.

وهنا تختلف الثقافة الفرعية (للأسرة مثلاً) عن ثقافة المجتمع ككل؛ لأنه يحدث الآتى:

أ- قد يدخن الوالدين أو أحدهما، ويطلبان من الابن (على المستوى اللفظى) أن لا يدخن.

ب- قد لا يدخن الوالدين، ويطلبان من الابن (على المستوى اللفظى والعملى) أن لا يدخن.

ج- قد لا يدخنان الوالدين، ومع ذلك يرى الابن العديد من أفراد الأسرة (غير الوالدين) يدخن.

د- قد لا يدخن الوالدين، ومع ذلك يرى هذا الشاب العديد من أصدقاؤه يدخنون بل ويشيدون بالتدخين.

هـ- قد لا يدخن الوالدين، ومع ذلك يرى هذا الشاب أن مدرسه أو مثله الأعلى (أى شخص يختاره نموذجاً ومثلاً له، وقد يكون فى الغالب: ممثل، لاعب كرة، أديب.. الخ) يدخن.

والخلاصة: أننا كآباء لا نربى أولادنا بمفردنا؛ لأن هناك العديد من المؤسسات الاجتماعية الأخرى، والتى تقدم للشاب معلومة متناقضة، وهنا يقع الشاب فى حيرة وقد يحسمها عن طريق: إذا كان البعض يدخن، فلابد أن يكون التدخين له فوائد على الأقل أنا لا أعرفها فى الوقت الراهن... ثم تأتى اللحظة المناسبة فيرى (مثله الأعلى) يدخن عبر مواقف مختلفة (فى السينما مثلاً)، فيربط بين مثله وقدوته والتدخين، ثم يمتد التأثير فيربط بعد ذلك بين المواقف التى شاهدها فى الفيلم وبين ضرورة التدخين ويكون فى لا شعوره موقف (مثله) حين واجه مثل هذا الموقف، ويكون قد (عزز) لديه الاتجاه الإيجابى تجاه التدخين.

الثانى: أما العامل الثانى فهو الذى يتحدد عن طريقه الاتجاه التى تصير إليه عملية النقل، إذ الشخص ينتقل من بديل غير مقبول من المجتمع إلى بديل آخر، وهو فى هذا يحاول أن يجد أكبر قدر من التشابه بين البدائل والموضوع الأصلى، فينتقل من (مص الأصابع) إلى (امتصاص الحلوى) والتى تكون مقبولة - مثلاً - فى مرحلة الطفولة (مص المصاصة)، بل وكان فى الماضى توجد العديد من الإغراءات حول شراء المصاصة بالنسبة للأطفال إذ كان ثمن المصاصة (٥مليم) ويمكن بعد أن تقشر بأسنانك الغطاء الورقى لها تجد فى منتصف المصاصة الـ (٥مليم) وفى هذه الحالة تكون فرحة الطفل لا تقدر؛



لأن معنى ذلك أنه قد (مص المصاصة) مجاناً ويستطيع الآن أن يعاود الكرّة ويشترى مصاصة أخرى لعله يجد فيها الـ (٥مليم). ولا شك أن مثل هذا السلوك كان يخلق حالة من التوتر والنشوة لدى البعض، وحالة ممتزجة بالإحباط والغضب لدى البعض (وخاصة ممن كان حظهم تعس ومع تكرار الشراء لا يحصلون على الـ ٥مليم) المنتظرة وسط السائل السكرى المتماسك).

ويكون البديل فى حالة (تقدم الشخص) ودخوله فى مرحلة المراهقة هو التدخين، ومع مرور الوقت تفرض السيجارة (أو الشيشة) سيطرتها على الشخص لأن الاعتماد عليها يكون فى البداية نفسياً، ثم يصبح بعد ذلك نفسياً وفسيولوجياً (من خلال تأثير النيكوتين على الدم ومراكز المخ)، ويتفق هذا مع القاعدة التى وضعها فرويد - مؤسس مدرسة التحليل النفسى الكلاسيكية - من أنه: كلما اختلف الموضوع المختار (البديل) عن الموضوع الأصلى فى المساعدة على التخلص من التوتر ازدادتسيطرته واستبداده بالشخص.

وقد يجد بعض الأشخاص صعوبة فى التخلص من إدمان السيجارة، ويستطيع أن يتصور أى شىء إلا حرمانه من هذه (العادة القهرية).

ولذا فإن أشخاصاً من هذا النوع (التدخين الكثيف وبالتالى أيضاً المدمنين) هم أشخاص يتصف سلوكهم بالآتى:

- الاعتمادية.
- الخوف من الاستقلال.
- عدم النضج الانفعالى.
- الهروب من مواجهة مشكلات الواقع.
- وجود صعوبات كبيرة فى التعامل مع أنفسهم بطريقة طيبة.
- عدم التعامل مع مشاعرهم سواء الإيجابية أو السلبية؛ لأن كل موقف يستدعى التدخين، يدخن حين يتلقى خبراً ساراً، ويحدث نفس الشىء حين يحدث العكس.

- يجد صعوبة فى التعامل مع الآخر.
- القلق والتوتر.
- سيادة مشاعر الحزن والاكتئاب – حتى وإن ظهر عكس ذلك – حيث يلجأ إلى ميكانيزم (التكوين العكسى) حيث يكون شعوره الشخصى – أو ما يظهره – مضاداً تماماً لما هو موجود فى لا شعوره، مع العلم أن كل ذلك يتم فى لا شعور الشخص دون أن يعلم الشخص بحقيقة مشاعره.
- أن الشخص المدخن لديه قدر هائل من العدوانية إلا أنها فى الغالب تكون سلبية أى ترتد إلى ذات الشخص أو لعل (الحريقة) التى يشعلها كل مدخن فى صدره وجسده إلا وتجره إلى الهاوية بالرغم من استبصاره بذلك، وترديد العديد من المدخنين حين تلفت نظره إلى (كثافة) التدخين حين يقول لك من بين سحابات الدخان: "هعمل إيه، كل شىء سيىء، وأنا عندى أحرق أفضل من أى سلوك آخر قد لا يحمد عقباه"؟!
- أن المدخن عاجز عن حل صراعاته، تلك الصراعات التى تدور رحاها داخل أناه، ولما كانت الذات منهكة، فإنها بالتالى تعجز عن حسم هذه الصراعات وبالتالى فإن (المدخن) يسقط أو يتوهم أنه يتخلص من صراعاته فى التدخين.
- وأخيراً فإن المدخن شخص يحتاج إلى (محبة ورعاية واهتمام الآخرين) ولعل إصراره على الاستمرار فى التدخين (علامة من هذه العلامات)، إنه يريد أن (يفهمه) الآخر ويدخل فى حوار مع الآخر وأن يلبى الآخر مطالبه حتى قبل أن يبوح بها.
- أن المدخن (من النوع الكثيف) لا يتحمل الإحباط، ويريد اللذة العاجلة إلى درجة أن يوصف بأنه تماماً مثل الطفل يريد تحقيق مطالبه فوراً وبلا تأخير وإلا استشاط غضباً وثورة وربما حطم نفسه بعد أن يكون قد حطم البيئة والآخرين.

والعجيب فى الأمر أن فرويد - والذى ذكر كل ما سبق - كان مدخناً شرهاً إذ كان يدخن (١٢ سيجاراً) فى اليوم الواحد، بيد أنه أقلع عن هذه العادة فى سن متأخرة (وبعد إصابته بسرطان فى الفك).

لكن كل ما سبق لا يدعو إلى اليأس، بل بإمكان الشخص - حتى وإن كان مدمناً للتدخين - أن يقلع عنه، ولقد قدم الأستاذ صلاح منتصر فى كتابه: "رسالة إلى أى مدخن" العديد من الحكايات عن أشخاص ظنوا أن السيجارة هى (عربة) حياتهم، ولكن مع الإرادة والاستبصار بأضرارها قرروا أن يخرطوا من هذا السجن.

وسوف نكتفى فقط بما ذكره عن الكاتب الكبير الراحل مصطفى أمين والذى كان يدخن (١٠٠ سيجارة) يومياً ولا يستخدم غير عود كبريت واحد؛ لأنه تعود أن يشعل سيجارة من سيجارة: "لكن فى السجن تعذب كثيراً، وكان من فنون التعذيب التى كانوا يضغطون بها عليه بعد أن عرفوا إدمانه للسيجارة هو حرمانه منها، وأنه كان يحس بنوعين من العذاب:

أ- عذاب الشوق إلى السيجارة.

ب- وعذاب ذله تجاه هذه السيجارة.

وفي لحظة قرر أن يتخلص من العذابين معاً، وعندما دخل عليه السجان ممسكاً بعلبة السجائر التى أفرجوا له عنها حتى ألقى بها إلى الأرض وفعصها بقدمه، ولم يصدق السجان ما يراه، وقال له: كلها ساعة وتعود إلى الرجاء فى طلب السيجارة. إلا أنه مع الإرادة والتحرر لم يطلبها بعد ذلك. وتحرر مصطفى أمين من سجن التدخين بعد أن كان (محبوساً) به وفيه لمدة (٣٠ عاماً).

وغيره وغيره الكثير من الأمثلة والنماذج والأهم أن يعرف الشخص: لماذا يدخن؟ وما هى الاحتياجات المختلفة للسيجارة؟ وهل التدخين يشبع هذه الاحتياجات؟ وأن يتخيل حياته بلا تدخين.



ثانياً: نظريات التعلم وتفسير سلوك التدخين:

ولعل من الخطوط الأساسية لهذه النظرية:

- أن التدخين عملية يتم تعلمها من البيئة.
- أن البيئة التى يتواجد فيها الشخص لها دور فعال فى إحداث التدخين.
- كما أن هناك العديد من الأسباب التى تكون مهيئة للتدخين مثل:
  - توافر التدخين.
  - سهولة الحصول عليه.
  - ضغط الأقران أو الأصدقاء وتحبيذهم للتدخين.
  - التدعيم الاجتماعى المرافق لظاهرة التدخين.
  - خبرات الفرد فى هذا المجال، فالفرد الذى يشعر بالتوتر مثلاً، ويشير إليه بعض الأشخاص بأن يدخن حتى يهدأ ويفعل ذلك، فإن هذا يعد دعماً لتناوله التدخين بل وانتظامه فى ذلك.
- ويلعب الدور الاشتراطى الكلاسيكى وكذا الاشتراط الإجرائى دوراً جد هام فى تكوين واستمرار عادة التدخين.
- أن استمرار الشخص فى التدخين إنما يتم وفق عدة عوامل أهمها التدعيم الإيجابى Positive Reinforcens.
- بل يمكن أن يتم التدعيم – أيضاً – للتدخين فى العديد من المواقف السلبية فى صورة الهروب من المواقف المثيرة للقلق، وبمجرد أن يصبح الفرد معتمداً فسيولوجياً فإن سلوك التدخين يستمر بالمدعمات السلبية أكثر.
- أن المدرسة السلوكية تنظر إلى كل سلوك على أنه يمكن أن يُفهم باعتباره جهداً يهدف إلى خفض التوتر.
- كما أن بعض المدخنين يكونوا مدفوعين إلى التدخين وفق دافعين:

الأول: هو دافع القهر Compulsion: حيث أن التدخين بعد فترة يصبح (مشكلة) تلح على الفرد، خاصة الإلحاح الجسمى، والذى يضطر



الشخص المدخن – خاصة من النوع الكثيف – أن يستجيب له.

الثانى: دافع التوقعات Expectation: ويرى أنصار هذا الاتجاه أ، تعاطى أو إدمان التدخين يتحدد جزئياً على الأقل بالتوقعات المعرفية الخاصة بتأثير التدخين، وأن المعرفة (المسبقة) بالحالة الجسدية والنفسية السيئة التى سوف يدخل فى غمارها حال توقفه أو امتناعه عن التدخين. هذا التوقع حينما يحدث فإن السلوك يتحدد إلى حد كبير بتوقعات الشخص المدمن عما يجب أن يفعله أو يسلكه تجاه هذه الظاهرة، ذلك أن المدخن – خاصة من النوع الكثيف – قد شعر بأعراض نفسية وجسدية جد مزعجة، وكل مدخن حاول الامتناع قد مر بهذه التجربة، ولذا لا عجب أن التدخين قد دخل فى (تصنيف) الإدمان.

ولذا فإن عاملى القهر والتوقعات جد هامين فى تفسير: لماذا يستمر بعض الأشخاص فى التدخين؟ ولماذا يغامر بالاستمرار بالرغم من معرفته بالنتائج جد السيئة لما يقوم به؟

والواقع أن المدخن عقب الإقلاع بساعات قليلة يشعر بالعديد من الاضطرابات مثل:

- اضطراب النوم.
- يتغير تخطيط مخه الكهربائى.
- يتأرجح نشاطه بين الخمول والكسل.
- العصبية الشديدة.
- سرعة الاستثارة.
- ضعف التركيز.
- تقلب انفعالاته.
- عدم ثبات الانفعالات.
- الصداع.

- الشعور بالبرودة.
- رغبة ملحة فى العودة إلى التدخين.

ولذا فإن التعلم للتدخين يخلق القاهر ثم التوقعات والخوف من الدخول فى (جهنم) الأعراض السابقة، كل ذلك إنما يدعم (فكرة الاستمرار فى التدخين).

لكن كل ما سبق من آراء تعكس العديد من الاتجاهات حول هذا المنحى السلوكى فى تفسير التدخين – أو أى سلوك انحرافى آخر – يطرح تساؤلا على جانب كبير من الأهمية، ونظن أن السلوكيون قد عجزوا عن الإجابة عنه وهو: إذا كان التدخين سلوكاً متعلماً يتعلمه الشخص من خلال البيئة والمثيرات الموجودة فيها (تدخين الأباء – الأصدقاء – وفرة السجائر – سهولة الحصول عليها – الأفكار الشائعة عنها....الخ) فلماذا يدخن البعض ولا يدخن البعض الأخر؟! ولماذا يجرب البعض التدخين ويعتبر ذلك تجربة سيئة لن يكررها مهما كانت الأسباب والظروف، وأشخاص آخرين ما أن يجربوا السجائر حتى نجدهم وكأنهم قد عثروا على (نصفهم الأخر المفقود)؟!

ونظن أن الإجابة عن هذا التساؤل تقتضى ضرورة تعميق النظر فى:

- ديناميات شخصية المدمن.
- الاحتياجات التى يسعى إلى إشباعها.
- الدوافع الشعورية واللاشعورية التى تدفعه إلى التدخين بل إلى الارتباط به.
- الرمز الذى يمثله التدخين له.
- الاشباعات النفسية التى يحققها التدخين للشخص.

ولن تكون الإجابات قريبة من الصواب إلا إذا تم النظر إلى جميع جوانب هذه المشكلة المعقدة وسبر أغوارها.

ثالثاً: التفسير الاجتماعى للتدخين:

ويرى أصحاب هذا الاتجاه بضرورة التركيز على المجتمع الذى تحدث فيه الظاهرة، وربطها بالعديد من الظواهر المجتمعية فى هذا الشأن.

وينظرون إلى التدخين من الزوايا الآتية:

أ- نظرة المجتمع إلى التدخين:

حيث تتباين نظرة المجتمعات إلى المخدرات التى يتعاطاها الناس ومنها التدخين، حيث نجد بعض المجتمعات تشجع التدخين بين الذكور وتستهجنه لدى الإناث، وبعض المجتمعات لا تفرق فى ذلك بل تبيحه، وبعض المجتمعات تسمح به ولكن ليس أمام الأطراف التى يكن الفرد لها احتراماً (مثلا يعرف الأب أن الابن يدخن ولكنه يتغاطى عن ذلك، والابن يعرف أن أبيه يعرف أنه يدخن ولكن مادام التدخين لا يتم أمام الأب إذاً كل الأمور على ما يرام).

كما أن بعض الثقافات قد تسمح للمرأة المتقدمة فى السن – الأرمل مثلاً أو العجوز – أن تدخن، ويعد ذلك نوعاً من (التخفيف من همومها). وعموماً فإن نظرة المجتمع إلى التدخين تأخذ الأشكال الآتية:

١- مدى تأصل عادة التدخين، وكلما كان تاريخها موغلاً فى القدم كان تقبلها أفضل، والعكس بالعكس.

٢- تأخر ظهور الأضرار الناتجة من التدخين، إذ لا تظهر أعراض التدخين – مثلا – إلا بعد (١٠ سنوات)، وقد يحدث فروق فردية فى هذا الشأن مما يجعل المجتمع يغض الطرف عن ذلك.

٣- ظروف اقتصادية مثل:

- توافر المادة أو المال.
- رخص ثمنها.
- سهولة تداولها.



ب- الأسرة:

حظيت الأسرة فى هذا الاتجاه بالعديد من الدراسات؛ لأن التدخين (وكذا تعاطى المخدرات) إنما يشير إلى فشل الأسرة فى التربية الناجحة لهذا الولد، وأن هذا الفشل إنما يعكس فشلاً أعمق بين الأباء (الزوج- الزوجة)، وأن مشاعر الإحباط التى تسيطر على الأسرة قد هيأت الابن لهذا السلوك.

كذلك حظيت الأجواء الأسرية من خلال:

- دراسة الجو الديمقراطى.
- دراسة الجو الديكتاتورى.
- دراسة الجو الفوضوى.

وقد توصلت الدراسات المقارنة فى هذا الشأن أن الجو الديمقراطى هو أفضل الأجواء لخلق شخصية – إلى حد ما – تتمتع بالسواء، وتنجو من فخ التمرد والانصياع لزمرة الأصدقاء.

إضافة إلى أن سيادة العديد من الخلافات الأسرية قد تقود إلى ذلك مثل:

- التفكك الأسرى.
- الشقاق بين الأباء.
- الطلاق العاطفى.
- الطلاق.
- سيادة لغة الصمت.
- سيادة لغة السب والشتم.
- سيادة لغة العنف.
- عدم الاستقرار العائلى.
- عدم قدرة الأسرة إلى مواجهة الضغوط.
- ارتباط أسرى هش (البيت مجرد فندق أو سكن).
- قلة الدفء العاطفى أو انعدامه.



- إصابة أحد الوالدين بمرض عقلى أو نفسى.
- انحراف أحد الوالدين (أو كليهما).

وقد أشارت العديد من نتائج الدراسات أنه كلما كان الأب مدمناً – مثلاً – زادت نسبة الإدمان بين أبناءه، ويمكننا أن نستنتج بنفس الوضوح أنه كلما كان الأب مدخناً (أو الوالدين معاً) زادت نسبة التدخين بين الأبناء لعدة أسباب:

- أن الوالد يمثل قدوة للابن.
- أن الوالدة تمثل قدوة للبنت.
- توافر المادة المدخنة (حيث يمكن للابن مثلاً أن يسرق عدة سجائر من علبة الأب ويقوم بتجربتها).
- توافر عنصر الدعم (حيث أن القدوة والكبار يدخنون، وهذا فى حد ذاته علامة مشجعة على الاستمرار بل وتحبيذه).
- كما أن أصحاب هذا الاتجاه قد تناولوا تأثير الأصدقاء فى دفع بعضهم البعض إلى تجريب التدخين بل والاستمرار فيه.
- إضافة إلى العديد من التأكيدات على الأدوار الهامة التى يمكن أن تقوم بها وسائل التنشئة الاجتماعية التى يقوم بها المجتمع عبر مؤسساته: مدارس، جامعات، إعلام، مؤسسات دينية، قضائية، شرطة، جيش،....الخ.

والخلاصة أن أصحاب هذا الاتجاه يركزون على البيئة الاجتماعية، وأن الشاب – أو حتى الحدث – يتعلم التدخين إذا توفر الآتى:

- تدخين الوالدين.
- مصاحبة الرفاق المدخنين.
- الرغبة فى الشعور بالانتماء.
- تقليد الكبار.

لذا وجدت الأبحاث مثلاً:



١- أن الطلاب يزداد بينهم التدخين خاصة إذا كان نظار ومدرسى المدرسة التى ينتظمون بها يدخنون.

٢- يقل عدد الطلاب المدخنين في حالة ما إذا كان القائمون على العملية التعليمية لا يدخنون.

٣- طبيعة الطبقة الاجتماعية التى ينتمى إليها الشخص ومدى (إباحة) أو (عدم إباحة) التدخين بها.

كما أن العديد من الأبحاث قد استنتجت أن توافر أربعة عوامل يرفع من نسبة المدخنين إلى أكثر من ٧٠٪، وأن هذه العوامل هى:

١- عدد الأصدقاء المدخنين.

٢- تساهل الوالدين تجاه قضية التدخين.

٣- عدم الخوف من الإصابة بأضرار التدخين.

٤- الرغبة فى الظهور بمظهر الرجولة والنضج والاستقرار.

رابعاً: التفسير البيولوجى والفسيولوجى للتدخين:

ويرى علماء الفسيولوجية أن التدخين واستمراره إنما يؤدى إلى مجموعة من التأثيرات الفسيولوجية التى يحدثها التدخين فى الجسم، وأن الفرد قد يجد صعوبة فى التوقف، ورغم أن هناك (شك) فى دراسة السلوك التدخينى (مثلما هو الحال فى العديد من الدراسات التى تناولت دراسة السلوك الإدمانى للكحوليات مثلاً فى الحضارة الغربية) إلا أن تعميم نتائج أجريت فى مجال تجريب عقار إدمانى واحد غيرها من العقاقير المخدرة الأخرى أمر محفوف بالمخاطر إلا أن هذه الوجهة من التفسير لا يجب إغفالها.

وهكذا تتعدد وجهات النظر التى حاولت تفسير: لماذا يدخن الشخص؟ ولماذا يصر على التدخين بالرغم من معرفته بالأضرار المترتبة عليه؟

وموضوع أضرار التدخين سوف يكون موضوع حديثنا فى الفصل القادم.

الفصل الرابع

فى أضرار التدخين

محتويات الفصل:

- الأضرار الجسدية – العضوية.
- الأضرار النفسية.
- الأضرار الاجتماعية.
- الأضرار الاقتصادية.

«اضرار التدخين تم اكتشافها حديثاً (عام ١٩٦١) وكل يوم يتم اكتشاف مزيداً من الأضرار، ولكن هل أفلحت هذه الاكتشافات فى الحد من (شراهة التدخين) وانخراط الأفراد الجدد فى طابور المدخنين؟!».

المؤلف

مقدمة:

بالرغم من أن اكتشاف أضرار التدخين ليس وليد هذا الوقت، وإنما قد تم اكتشافها منذ القدم، وقد ذكرنا – سابقاً – إلى أن أول من نبه العالم إلى أضرار التدخين الملك جيمس الأول، وكان ذلك عام ١٦٠٤، إلا أن هذه التحذيرات لم تلق أذاناً صاغية، ورغم صدور قانون بابوى يحرم التدخين، إلا أن هذا القانون كان مجرد حبر على ورق ولم يتعد تأثيره جدران الغرفة التى تم اتخاذه فيها، بدليل وجود قساوسة وكهنة خالفوا القانون واستمروا فى التدخين.

ومما زاد الطين بله هو أنه كان يتم توزيع علب السجائر على كافة الجنود إبان الحرب العالمية الأولى والثانية، مما زاد من أعداد المدخنين، بل وإدخال تجارة "الدخان" ضمن قوائم السوق السوداء؛ لأن الجندى الذى لا يدخن كان يبيع "حصته من السجائر" إلى الجنود الذين لا يدخنون.

وتعد أول وثيقة علمية – لا تدع مجالاً للشك – قد ذكرت أضرار التدخين تلك التى نشرها الجراح الأمريكى عام ١٩٦١ (نشر سنة ١٩٦٤)، ثم تلى ذلك تقرير الكلية الملكية البريطانية عام ١٩٦٢، ١٩٧٧م، ثم توالت بعد ذلك الأبحاث والملاحظات الإكلينيكية التى تثبت الأضرار الكثيرة التى تلحق بالمدخن ذلك

لأن السيجارة يخرج منها (٢٠٠٠) مركب كيماوى مثل: أول أكسيد الكربون، والنفتالين، والنيكوتين. وهذا النيكوتين عبارة عن مادة يتم امتصاصها سريعا من الغشاء المخاطى المبطن للفم والجهاز التنفسى والجلد، لكن الأضرار لا تقف عند حدود الجهاز العضوى فقط بل يمتد التأثير والأضرار لتصيب جميع مراكز المدخن خاصة العضوية ثم النفسية والعقلية وأخيراً تظهر الآثار المدمرة للتدخين فى مختلف الجوانب السلوكية.

أولاً: الأضرار الجسدية/العضوية:

١- السرطانات:

هناك علاقة أكيدة بين التدخين والإصابة بالسرطان، وخاصة سرطان الرئة، لدرجة أن العديد من الدراسات قد وجدت أن التدخين مسئول عن حدوث السرطان بنسبة ٩٠٪ والدليل على ذلك هو النسبة الضئيلة لحدوثه فى الجماعات التى لا ينتشر فيها عادة التدخين، وأن خطر الإصابة بالسرطان يتوقف على عدة عوامل مرتبطة بالتدخين هى:

أ- عدد السجائر التى يدخنها الشخص فى اليوم.

ب- السن التى بدأ فيها التدخين.

ج- ما إذا كانت السيجارة بفتلر أم لا.

د- عدد سنوات التدخين.

هـ- مقدار امتصاص الشخص للدخان.

ولذا يرتبط تدخين السجائر بسرطان الرئة بصفة خاصة، وقد لوحظ أن نسبة الوفاة ممن يموتون متأثرين بسرطان الرئة فى الإناث قد زادت فى الفترة الأخيرة بسبب إقبال الكثير من السيدات والفتيات على (التورط) فى التدخين.

كما أن التدخين يرتبط أيضاً بالعديد من أشكال وأنواع السرطانات مثل: سرطان الفم أو سرطان المرىء، سرطان المثانة، سرطان البنكرياس، وسرطان

الكلى وربما سرطان الشفتان واللسان.

٢- أمراض الجهاز التنفسي:

هناك علاقة أكيدة بين التدخين ومرض الالتهاب الشعبى المزمن، وأن النزلات الشعبية المزمنة تعد من أهم العوامل التى تقود إلى الوفاة (قدرت إحدى الدراسات بأنها مسئولة عن ١-١٠٪ من عدد وفيات الرجال، وحوالى ٢٧-٣٠ مليون ساعة عمل تُفقد سنوياً؛ وذلك بسبب الإجازات المرضية والطارئة الناتجة عن النزلات الشعبية).

وكذا المخاط الناتج عن التهاب الشعب الهوائية، وإذا استمرت الأعراض بدون علاج فإنها تؤدى إلى انتفاخ الرئة وهو المرض المعروف باسم (مرض الامفزيما) والتى تؤدى بدورها إلى العجز الرئوى المزمن نتيجة لفساد الرئة المصابة والدمار الذى يلحق بالرئتين، والعلاقة - طبعاً - أكيدة بين عدد السجائر التى يدخنها الشخص وبين (سرعة التدهور) فى وظائف الرئتين.

٣- التدخين وأمراض القلب والأوعية الدموية:

توصلت نتائج العديد من الدراسات إلى:

- أن تدخين سيجارة واحدة تقصر من عمر الإنسان حوالى ١٤ دقيقة و٢٤ ثانية (رغم أن الأعمار بيد الله سبحانه وتعالى) إلا أنه مسألة (هلاك) الصحة وتدميرها تعد من أهم (مسئوليات الفرد) عن حياته، "ولا تلقوا بأيديكم إلى التهلكة".
- أن معدل الوفيات يتزايد فيمن يدخن أقل من ١٠ سجائر يومياً.
- أن من يدخن ٢٠ سيجارة يومياً تزيد نسبة الوفاة عنده ٩٥٪ عن غيره من المدخنين.
- كما أن استمرار التدخين يؤثر فى مسار الدم إلى الأطراف - خاصة إذا رافق التدخين مرضى السكر - مما يستدعى فى الكثير من الحالات (بتر القدم)، ولذا فى بعض البلاد يتم عمل مسح لشرايين الأطراف،

وكذلك قياس درجة حرارتها بأجهزة خاصة تبين اختلاف درجة الحرارة ولقياس النبض فى الأصابع والأقدام قبل وبعد التدخين، ويسجل الضرر الذى يحدث بعد التدخين. (مختار مدكور، ١٩٨٧، ٤٤-٤٥).

ولذا عليك أن تقرر:

- إما أن تدخن أو لا.
- إما أن تدخن وتتحمل كافة المسئوليات، وإما أن تتوقف والأمر فى يدك لا يحتاج إلى المنطقة الرمادية.

يجب الأخذ فى الاعتبار – أيضاً – أنك لا تضر نفسك (وهذا جسدك أنت حر فيه) ولكنك – شئت أم لم تشأ – تضر الآخرين، وقد يكون (هؤلاء) الآخرين أقرب الناس إليك: أولادك، أمك، أبيك، زوجتك، أشقاءك...الخ.

ولا أريد أن أطيل – أكثر من ذلك – فى بيان الأعراض الجسمية، لكن الثابت علمياً أن التدخين يؤثر سلبياً فى كافة أجهزة ووظائف الجسم.

تتأثر العيون مثلاً، وهناك احتمال بضعف القدرة الإبصارية لدى المدخن، ناهيك عن أن العديد من الدراسات قد وجدت أن التدخين قد يصيب الشخص بالإظلام البصرى (العمى) نتيجة أن بعض أنواع التبغ يحتوى على مادة السيانيد السام والذى يؤدى إلى العشى الليلى، وغيرها من أمراض العين.

أيضاً تتأثر الأسنان، وتلتهب اللثة لدى المدخنين، وكلنا يلاحظ كيف أننا يمكن أن نتعرف على المدخنين من خلال لون أسنانهم – إذ بالرغم من استخدامهم المعجون (لغسل أسنانهم) إلا أن اللون الأصفر وكذا الرائحة الكريهة المنبعثة من فم المدخن تظل من العلامات الدالة على ذلك – فإذا أهمل غسيل أسنانه مالت إلى اللون البنى ثم الأسود ثم تبدأ رحلة الآلام، ولذا فإن أغلب المدخنين – مثلاً – بدون أسنان.

كذلك العلاقة بين التدخين وأمراض الجهاز الهضمى علاقة مؤكدة أكدتها العديد من الدراسات والأبحاث، ويكفى أن نشير إلى أن المدخن فى بداية

(تجربة) التدخين لابد أن يشعر بالغثيان وربما القيء فإذا استمر في التدخين ظهر الآتى:

- احتمال تعرضه لحالات قرحة المعدة.
- احتمال تعرضه لحالات قرحة الاثنى عشر.
- سوء الهضم.
- زيادة حالات الحموضة.
- فقدان الشهية للأكل، وبالتالى فإن أهم ملاحظة أن المدخن إذا توقف عن التدخين ازداد وزنه بسبب أن حالته العضوية للجهاز الهضمى تزداد تحسناً وهذا ينعكس فى أداء المعدة لوظائفها بصورة جيدة إلى حد ما.
- حالات من انتفاخ وآلام البطن.
- حالات من الإمساك الشديد، ولذلك هناك أشخاصاً مدخنين لا يمكن له أن (يستقبل) الحمام (لقضاء حاجته) إلا إذا كانت بين شفتيه سيجارة وإلا استحالت عملية الحوار والسيناريو والإخراج؟!
- حدوث حالات من القيء الدموى، وخاصة فى الحالات الشديدة من التدخين المكثف.

كما كشفت الأبحاث والملاحظات – مثلاً – أن الذين يدخنون تكون فرصة شفاء جروحهم أبطأ من الذين لا يدخنون؛ لأن التئام الجروح له علاقة بالدم وسريانه، وأن التدخين (من أول أضراره انقباض الأوعية الدموية وبالتالى تقل كمية الأكسجين التى تحتاج إليها أنسجة الجسم الداخلية).

وقد كشفت الدراسات أيضاً أن التدخين يؤثر فى الجانب الجنسى حيث يسود اعتقاد بين المدخنين وكذا المدخنين – خاصة مدمنى الحشيش والبانجو – فحواه: أن التدخين يساعد على إطالة العملية الجنسية. والواقع أن كافة الدراسات والملاحظات حول هذا الأمر أكدت خطأ هذا الاعتقاد، بل أن استمرار

الفرد فى التدخين قد يصيبه بالعقم، ناهيك عن الرائحة الكريهة التى تنبعث من (فم المدخن) وبالتالى تقود إلى النفور إبان عملية (اللقاء الحميم) بين الزوجين.

كما يؤثر التدخين بدرجة حادة ومؤلمة على الأم الحامل المدخنة، حيث تكون مضاعفات الحمل أكثر، وكذلك فإن السعال المتكرر وبطنها ممتلىء كل ذلك قد يعرضها لاحتمال حدوث فتق بعضلات البطن، أو حدوث (سقوط) فى الرحم عقب الولادة.

وكل ما سبق (فيما يتعلق بالأم الحامل) فإنه ينعكس سلبياً على (الجنين) إذ يصل الجنين – وهو فى رحم الأم – نسبة من النيكوتين والقطران (ومختلف مكونات السيجارة)، وإن الجنين يدخن (إذا كانت الأم مدخنة إيجابياً)، وإذا تواجدت الأم – وهى غير مدخنة – فى حضرة الأب و(شلته) إن كانوا مدخنين، حيث وجد من خلال أجهزة خاصة تسجل حركة الجنين وهو فى رحم الأم أن حركة الجنين تقل بالتدخين، وإن تنفسه يتأثر ويكون عرضة لتأثير الجهاز المناعى وهو مازال داخل الرحم أو حتى عقب الولادة، ناهيك عن الأمراض والتشوهات التى يمكن أن تلحق بالجنين (سواء داخل الرحم أو عقب الولادة) من جراء التدخين، ولذا ما ذنب هذا (الطفل البرىء) فى أن تصدر له الأم (قائمة سوداء) من الأمراض والتشوهات قد تلازمه طوال العمر.

ثم تمتد التأثيرات الضارة خاصة لو كانت الأم مدخنة وتقوم بإرضاع الطفل رضاعة طبيعية، ناهيك عن أن تواجد الطفل فى بيئة ملوثة بدخان السجائر أو الشيشة يقوده إلى العديد من حالات المغص والقىء والإسهال والسعال والنزلات الشعبية الحادة وغيرها من الأعراض التى وجدت زيادتها (٤٤) مرة مقارنة بالأطفال الذين يولدون لآباء وأمهات غير مدخنين وبالتالى يتواجدون فى بيئة تفتقر إلى العوامل المهيئة سلبياً لكل ما سبق.

والخلاصة: أن التدخين لا يترك عضواً من أعضاء الجسم إلا ويؤثر فيه تأثيراً سلبياً، فلماذا لا تضع مثل هذه الحقيقة أمام عينيك قبل أن تهم بالتدخين، أو وأنت مستغرق فى التدخين؟!

ثانياً: الأضرار النفسية:

نستطيع رصد العديد من الأضرار النفسية التى تلحق بالشخص المدخن ومنه:

١- زيادة حدة القلق والتوتر:

قد يدفع القلق الشخص إلى التدخين، والقلق هو حالة نفسية تعترى الفرد حين يقدم على فعل شيء وتوقع الأسوأ، ولذا فإن القلق يظهر من خلال ملاحظات العلامات الآتية:

- التوتر.
- السرعة فى الكلام.
- الامتناع عن تناول الطعام.
- اضطراب النوم (اضطراب أو أكثر يمكن رصده).
- الإصابة بالإمساك (أو الإسهال).
- خوف غير محدد المعالم.
- صداع مستمر.
- اضطراب فى المعدة.

وقد تدفع الأعراض تلك الشخص إلى التدخين، أو قد تزامن الشخص وهو يدخن، أو قد تترتب على التدخين. والشخص بظنه أنه حين يُقبل على التدخين إنما يحل هذه المشاكل إلا أنه يزيد الأمر سوءاً، وبدلاً من أن يواجه مشكلة واحدة (القلق مثلاً) فإنه يواجه القلق والتدخين.

ولذا فقد أثبتت الملاحظات أن الذين يعانون من القلق هم أكثر الناس تدخيناً، بل شراهة فى التدخين.

كما أننا نستطيع أن نتنبأ بأن الشخص القلق تكون فرصته (أن لم يختار الطريق السوى للعلاج والمتابعة) أكبر فى التوجه نحو التدخين والإدمان.

٢- الاكتئاب:

وهو حالة من الشعور العام بالحزن واليأس وعدم التفاؤل. ولا شك أن هناك



العديد من الضغوط والعوامل التى تدخل الشخص فى "مود" الاكتئاب.

بيد أننا نيد أن نفرق بين:

• الاكتئاب الطبيعي (والمرتبط بموقف خارجي قد فجره - خاصة - وفاة شخص عزيز عليه، أو خسرانه مال أو وظيفة...الخ).

• الاكتئاب غير الطبيعي (والذى لا يكون مرتبطا بموقف خارجى)، وأن الشخص هنا ينقل حالة الحداد من الخارج إلى الداخل... وأن سرادق من الأحزان والعزاء والمقرئين والمعزين.. إنما احتواهم داخله ويرفض إطلاق سراحهم.. ولذلك نجده دوما حزينا باتاً، فاقد للهمة، للنشاط، للحركة، للمرح، للتجاوب - حتى - مع أحداث الحياة المرحة (أحياناً). وهناك العديد من الأعراض التى يشكو منها مثل:

- الصداع المستمر.
- فقدان النشاط.
- يرفض الاهتمام - حتى - بمظهره الخارجي.
- لا يشارك فى الأحداث.
- قليل الكلام.
- قد يقدم على الانتحار.
- يخشى من أن يبوح بأسراره إلى أحد؛ (لأنه لا شخص فى هذا العالم يستحق ان تثق به).

ولا نستطيع أن ندعى كل شخص لديه هذه الأعراض لابد أن يدخن، بل أن تواجد هذه الأعراض قد يدفع الشخص - أيضاً إذا لم يستطع الذهاب إلى الطريق السوى فى العلاج والأخذ به - إلى التدخين وربما الإدمان.

ومن يتصفح كتب الطب النفسى يجد غالبيتها وقد خصصت فصلاً أو فصول لما يسمى: بالتشخيص المزدوج، بمعنى وجود اضطرابين - فى نفس الوقت - يعانى منهما الشخص! وتظل المشكلة أشبه ما تكون بقضية فلسفية:

- أيهما قد سبق الآخر؟!
- أيهما قد تزامن مع الآخر؟!
- أيهما قد نتج عن الآخر؟!

ومن خلال ملاحظة الباحث لمئات المدخنين اكتشف الآتى:

- أن الشخص يدخن فى جميع الأحوال والظروف وتحت مبررات هو يعتقد فى ضرورتها للتدخين.
- فالفرح - أو الخبر السعيد - ألا يستحق (التدخين)؟!
- والأخبار السيئة (أو حتى مجرد بشايرها) ألا تستحق التدخين؟!
- والتفكير فى (مشكلة) تواجهنا ألا تستحق التدخين؟!
- وأن اليوم يختلف عن سابقه (ذكرى أو مناسبة ما) ألا تستحق التدخين؟!

٣- اضطرابات نفسية أخرى:

فى دراسة تناولت طلاب الجامعة وطالباتها من المدخنين أو الذين يلجأون إلى استخدام المواد المؤثرة نفسياً، وجدت الدراسة أن (عينة الدراسة من الذكور والإناث) يعانون من الاضطرابات الآتية:

- ضيق نفس أو سرعة استثارة.
- قلق أو مخاوف.
- فقدان الثقة بالنفس.
- عدم القدرة على التركيز.
- التشنج أو النوبات الصرعية.
- أرق.
- عُصاب.
- ذُهان.
- أخرى.



- أكثر من اضطراب.
- أكثر من اضطرابين.
- غير مبين.

مع الأخذ في الاعتبار أن النسب متفاوتة نظراً لتأثير العديد من العوامل. (خالد بدر، ١٩٩٥، ص ص ٣٣٧-٣٨٢).

ثالثاً: التدخين والجانب الاقتصادي:

بالرغم من عدم وجود إحصاءات دقيقة حول (كم المنصرف) على التدخين (سواء أكانت سجائر بمختلف أنواعها وأحجامها، أو معسل بمختلف مسمياته وأحجامه) إلا أن المنصرف يقدر بالبلايين وخاصة في دول العالم الثالث والتي أضحت سوقاً رائجاً لمثل هذه المنتجات بعد أن أدرك كثيراً من الأفراد في الدول المتقدمة خطورة التدخين، وبدأ الحظر يزداد حول الأماكن (الممنوع فيها التدخين).

ومهما كان الأمر فإن المدخن يجب أن:

أ- يقتطع جزءاً من دخله ودخل أسرته كي يبدده في التدخين.

ب- لا يجب أن نتغافل عن المبلغ الذي ينفق في العلاج للأمراض والأعراض الناتجة عن التدخين بداية من السعال وانتهاء بالقلب وأزماته.

ج- يجب أخذ الخسارة التي تلح بأسرة المدخن من جراء ذلك، فمع زيادة (نفقات) المعيشة وضرورة أن يحول كل (قرش) إلى الأسرة لإشباع احتياجاتها الأساسية نجد (رب الأسرة) المدخن يبدد أمواله في التدخين وفي العلاج وفي الأجازات المرضية (القصيرة أو الطويلة أو حتى المفتوحة) مما يؤثر في مجمل الأمر على دخل الأسرة ومكانتها الاقتصادية.

د- ويجب أخذ اقتصاد الدولة التي ينتمي إليها الفرد بعين الاعتبار؛ لأن المدخنين كثيرو التغيب وطلب التحول إلى المستشفيات أو التأمين الصحي، كما أن سوء حالتهم الصحية يمنعهم من الانتظام في العمل، ولا شك أن ذلك ينعكس على (دولاب العمل)، وإذا كانت الأمم تتقدم بسواعد وفكر أبنائها

فيجب أن يكون هؤلاء الأبناء من (الأسوياء) لا من المضطربين.

وإذا كان النبى محمد (صلى الله عليه وسلم) قد نهى عن إضاعة المال فيما لا يفيد، فكيف يكون الحال والشخص يضيع أمواله من أجل أن (يضيع) صحته بل ومن يعولهم؟

رابعا: التدخين والحياة الاجتماعية:

فى دراسة ميدانية على طلاب وطالبات الجامعة المدخنين والمدخنات وجد فيما يتعلق بالحياة الاجتماعية معدلات جرئه عالية على قواعد الحياة الاجتماعية السوية (وبمعدلات دالة إحصائياً) مثل:

١- **فى المجال الجامعى:** وجدت السلوكيات الآتية:

- الغش فى الامتحانات.
- ضرب أحد الزملاء.
- الطرد من المحاضرة.
- الخناق مع أحد الزملاء.
- المشادة مع أحد الزملاء.
- السرقة من أحد الزملاء.

٢- **فى المجال الأسرى:**

- ترك المنزل نتيجة المشادة مع الأهل.
- الخناق مع الوالد أو الوالدة.
- السرقة من المنزل.

٣- **فى مجال الحياة العامة:** وقد ظهرت الانحرافات الآتية:

- الوقوع فى متاعب مع البوليس.
- السرقة من أحد المحلات. (محمد السلكاوى وآخرون، ١٩٩٥).

ونظن أن هذا الانحراف اثبات لسوء النوايا، وأن تمرد الفرد المدخن على أفراد أسرته قد يدفعه إلى التمرد على كافة أشكال ونماذج السلطة فى المجتمع،



ومنها الدخول فى صدام مع البوليس (من خلال السرقة، من خلال مخالفة القواعد والتعليمات، من خلال القبض عليه متلبساً بالجريمة)، وهكذا تتعدد الأنواع والأشكال التى تقود إلى انحراف السلوك.

فهل بعد كل ما سبق من أضرار يمكن أن نضيفه هنا؟!

ولذا لن ننهى الفصل إلا أن نذكر ما كتبه بنجامين سبوك فى كتابه: فن الحياة مع المراهق حيث يقول ".. أنا أثق أن الإنسان لم يدخن فى حياته إنسان محظوظ، ذلك لأن متوسط أعمار غير المدخنين أعلى بكثير من متوسط أعمار المدخنين، وأثق أن الإنسان الذى لم يدخن هو إنسان أنقذ نفسه من أنياب عذاب طويل، هو عذاب القلق الشرس الذى يعانى منه المدخنون، فضلاً عن أن غير المدخن يمتلك إحساساً متجدداً بالحيوية، وتظهر على ملامحه نضارة الشباب، وذلك على عكس المدخن الذى يبدو أكبر من عمره فى أغلب الأحوال.،.. ولا أملك إلا أن أتوجه بالرجاء لأى مراهق بأن يحاول تفادى التدخين قبل الوقوع بين أنيابه، ولسوف يشعر أنه نضج خلال سنوات دون اتخاذ التدخين كعلامة على النضج.. وأن عادة التدخين سوف تسبب له القلق فيما بعد إلى أن يقلع عنها" (ص١٦٨).

كما يقدم الأستاذ صلاح منتصر العديد من النصائح (من بئر تجاربه في التدخين والتى أقلع عنها ونصب قلمه ضد هذه العادة السخيفة، المميتة) قائلاً: "عندما يثبت لك ضرر أية عادة أو شىء تمارسه فإذا فكرت فى الإقلاع عن هذه العادة أو الشىء فابدأ فوراً ولا تنتظر طويلاً".

وأنا أقول فى هذا الصدد: "إن المدخن هو أكثر الناس إحساساً بخطر التدخين وأضراره، فإلى متى (سيتعامى) ويستمر فى (دمار نفسه) ودمار الآخرين.



حقائق عن التدخين قبل أن تغادر هذا الفصل:

- أوضحت الإحصاءات - فى الولايات المتحدة الأمريكية كمثال - أن التدخين هو المسئول عن حدوث ٣٠٪ من حالات الوفاة بالسرطان.
- وحدوث ٢١٪ من حالات الوفاة بالذهبة الصدرية.
- حدوث ٨٢٪ من حالات الوفاة بسبب انسداد الشريان الرئوى.
- بعد التدخين السبب الرئيسى فى سرطان الرئة وسرطان الثدى لدى النساء.
- يؤدى إلى احتمال إصابة المدخنين بأمراض القلب ضعف احتمالية إصابة غير المدخنين بأمراض القلب.
- يؤدى التدخين إلى حدوث أنواع أخرى من السرطانات مثل:
  - سرطان الشفه.
  - سرطان البلعوم.
  - سرطان الحنجرة.
  - سرطان الفم.
  - سرطان اللسان.
- وقد أكدت الدراسات التتبعية إن إصابة المدخنين بهذه الأمراض من (أنواع السرطانات) خمس أضعاف لدى غير المدخنين.
- التدخين له آثار سلبية على الصحة الجسمية للمرأة الحامل.
- التدخين له آثار سلبية على الصحة العقلية للمرأة الحامل.
- تكمن خطورة التدخين فى أنه المدخل الرئيسى لإمكانية إدمان المواد المخدرة الأخرى.
- للتدخين آثاره الاقتصادية السيئة على الفرد والمجتمع:
  - كمثال يكلف الولايات المتحدة الأمريكية وحدها ما يعادل ٥٢ بليون دولار سنوياً.
  - فى المملكة العربية السعودية يبلغ ما ينفق على استيراد الدخان



في العام الواحد ما يقرب من ٣٥٥ مليون ريال، ولكن اقترب هذا المبلغ في عام واحد (كمثال عام ١٩٨١) إلى ٩٧٩ مليون ريال.

- تبدو خطورة التدخين في دول العالم الثالث بصورة أكثر وضوحاً.. لماذا؟

أ- انخفاض الإقبال إلى حد ما على السجائر في دول العالم المتقدم.

ب- المنافسة القائمة الآن بين مصانع السجائر إلى تصدير منتجاتها إلى دول العالم الثالث.

ج- أدى ما سبق إلى:

- أن منظمة الصحة العالمية قدرت حالات الإصابة بنوع واحد من السرطان - وهو سرطان الرئة - إلى ما يقارب ٦٠٠,٠٠٠ حالة سنوية فقط في من دول العالم الثالث.
- انضمام فئات جديدة إلى التدخين تقدر بنسبة ٣,٩٪ سنوياً وهي نسبة تعادل ثلاثة أضعاف مثيلاتها بين بلدان دول العالم المتقدم.

د- تزداد نسبة المدخنين في مصر بمعدل ٨٪ سنوياً.

هـ- تنفق العديد من الأموال - من ناتج الدخل القومي - في استيراد السجائر والتبغ من الخارج.

و- رصدت العديد من الدراسات والملاحظات أن من أضرار التدخين أيضاً اشتعال الحرائق المرتبطة بسلوكيات التدخين.. ولأسباب متعددة بعضها متعمد، والبعض الآخر نتيجة (السهو والخطأ والنسيان).

أما عن الوقاية وعلاج الفرد من التدخين فهذا سوف يكون موضوع حديثنا القادم.

الفصل الخامس

فى الوقاية وعلاج التدخين

محتويات الفصل:

- طرق الإقلاع عن التدخين.
- طرق العلاج من التدخين.

«تتعدد طرق العلاج من التدخين، ولكن الأهم على المدخن أن يقتنع من تلقاء ذاته بالتوقف عن التدخين؟!».

المؤلف

كان لابد من الاهتمام بالوقاية قبل الدخول فى العلاج، ذلك لأن تدخين السجائر يعد أحد الأنماط الرئيسية فى الدخول إلى إدمان المواد المخدرة الأخرى، وحتى تأتى جهود المكافحة ثمارها يجب التعرف على كافة الظروف التى تؤدى إلى البدء فى التدخين.

لكن لنا أن نعترف أن الجهود فى هذا الصدد – من خلال إجراء البحوث الميدانية – كانت قليلة بل ونادرة، وهنا يجب لفت الانتباه إلى ضرورة الاهتمام بهذا الجانب.

ولقد أثبتت نتائج العديد من البحوث والملاحظات أن الحملات الدعائية لمكافحة التدخين ومن خلال التركيز فقط على أضراره لم تؤت ثمارها، بل أنه من النادر أن تمنع أحداً عن البدء؛ لأنه إذا كان الشخص قد بدأ بالفعل فى التدخين فإن التركيز على أضرار التدخين لا تمنعه من التمادى فى تدمير نفسه.

بل أن الحقيقة – الواضحة – أن غالبية المدخنين (إن لم يكن جميعهم) يعلمون جيداً مضار وأخطار التدخين، وربما حتى قبل أن يقرروا التدخين، وحتى بعد أن يكتشفوا أنهم مرضى بتلك الأمراض التى يمكن أن تصيب المدخنين بصفة خاصة، وحتى عندما يعرفون أنهم على وشك الموت فإنهم يغامرون بالاستمرار فى التدخين إلى درجة الموت.

ولعل العديد من العلماء والمعالجين النفسيين يفسرون ذلك بأن التدخين قد وصل إلى درجة الإدمان، وأن مجرد المعرفة بالأضرار لا تكون كافية لأن تجعل الشخص يرتدع أو يقلع عن التدخين؛ لأن (إدمانه للتدخين حينذاك يكون أقوى من مجرد المعرفة، وأن المتعة المترتبة على التدخين (والإدمان) ليس من السهل التخلى عنها، إلى جانب المشاعر المؤلمة الناتجة عن الأعراض الانسحابية مما يجعلهم يغامرون بل ويخاطرون بصحتهم من أجل تجنب هذه المشاعر المؤلمة لأن المدخن يكون أمام أمرين:

الأول: أن الأخطار ستحدث أو لا تحدث.

الثانى: أن الآلام الناتجة عن التوقف عن التدخين ستحدث وتحدث.

إضافة إلى أن التدخين – وهو فى الغالب يتم فى أواخر مرحلة الطفولة وبداية مرحلة المراهقة – يحقق العديد من الإشباعات والاحتياجات لديهم، وفى الغالب يرون أن التدخين يحقق لهم:

- الشهرة.
- المجد الشخصى.
- الاستقلال.
- الدخول إلى عالم الرجولة.
- النضج.
- لفت أنظار الجنس الآخر.
- التخفيف من شدة الانفعالات المؤلمة. زيادة الانفعالات السارة.
- الاسترخاء والهدوء.

ولذا فإن برامج الوقاية يجب أن تأخذ فى اعتبارها مثل هذه (السمات التى تميز بداية التدخين.

والوقاية كما يعرفها الأستاذ الدكتور/ مصطفى سويف (١٩٨٨) ويقصد بها "مجموع التدابير التى تتخذ تحسباً لوقوع مشكلة، أو لنشوء مضاعفات

لظروف بعينها، أو لمشكلة قائمة بالفعل. ويكون هدف هذه التدابير القضاء الكامل - أو الجزئي - على إمكان وقوع المشكلة أو المضاعفات أو المشكلة ومضاعفاتها جميعاً".

وأهم ما في هذا التعريف أنه يشير صراحة إلى أن الوقاية قد تكون كاملة وقد تكون جزئية، ومن ثم فهو يتفق مع التفرقة التي تتبناها هيئة الصحة العالمية التابعة للأمم المتحدة للوقاية ما بين:

١- الوقاية من الدرجة الأولى: ويكون هدفها منع المشكلة أو الاضطراب من الحدوث أصلاً.

٢- الوقاية من الدرجة الثانية: ويكون هدفها تشخيص المشكلة أو الاضطراب والقضاء عليه، أو تحسينه بالقدر الممكن في أقصر وقت ممكن.

٣- الوقاية من الدرجة الثالثة: ويكون هدفها إيقاف تقدم المشكلة أو تعطيل تفاقمها رغم بقاء الظروف التي أحاطت بظهورها.

ولكي تكون الوقاية مجدية (وليست مجرد شعارات من قبيل: الصحة نعمة والمرض نقمة، أو أن التدخين يجيب السرطان يا ناس) فيجب أن تتم وفق شروط هي:

أ- الأهداف: حيث يجب بداية أن تحدد الأهداف التي نسعى إلى تحقيقها من خلال ضرورة الالتزام بشرطين:

١- ضرورة تحديد الأهداف.

٢- أن تكون الأهداف واقعية/موضوعية.

ب- مستوى الإنجاز المطلوب: من خلال الإجابة عن هذه التساؤلات:

- أي من درجات الوقاية نسعى إلى تحقيقه؟

ذلك لأن التدابير التي يجب اتخاذها مع كل (درجة أو نوع أو فئة) من الوقاية يجب أن تختلف عن نوع أو الدرجة الأخرى.

• تحديد الفئات التى ستتوجه إليها برامج الوقاية:
- هل هم الأفراد فى سن الطفولة المتأخرة (من سن ٦ سنوات إلى ١٠ سنوات)؟
- هل هم الأفراد فى سن المراهقة (من ١٢ إلى ١٨ عاماً)؟
- هل هم الأفراد فى سن الشباب (من ٢٠ إلى ٣٥ عاماً)؟
- هل هم من الجنسين معاً (الذكور والإناث)؟

ج- تحديد المادة المسببة للادمان

بمعنى: هل سنركز فى حملاتنا الوقائية على تدخين السجائر فقط؟ أم تدخين السجائر والشيشة؟ أم تدخين السجائر مع البانجو؟ أو التدخين مع تعاطى مواد إدمانية أخرى؟

د- أن يكون هناك تصور للنسب المئوية التى ستحققها هذه الحملة الوقائية من خلال حساب الغرم/الغنم أو المكاسب والخسائر، مدى عدد الذين ينصاعون للبرنامج، وأعداد الذين يرفضون أو يجدون صعوبات فى ذلك مع ضرورة التقويم.

ذلك لأن التدخين يدخل الفرد مباشرة إلى (قلب الجحيم) من خلال:

أ- تؤكد البحوث العلاقة بين التدخين ونشأة أمراض جسمية من الصعب علاجها، بل وتتصدر قائمة الأمراض المسببة للوفاة.

ب- أن التدخين يعد المدخل للادمان، (حيث أن محكات الإدمان تنطبق على المدخن).

ج- أن التدخين غالباً ما يكون (البوابة الملكية) لتجريب وإدمان مواد إدمانية أخرى.

د- أن برامج علاج التدخين (فى العديد من دول العالم) قد وجدت صعوبة فى الامتناع إذ تنجح حالة واحدة فقط من

بين كل أربع حالات تحاول الامتناع عن التدخين، حتى لو تمت هذه المحاولات من خلال أساليب أعدت خصيصاً لذلك، فنسب نجاح هذه الاساليب فى مساعدة المدخنين عن الامتناع عن التدخين لا تتعدى نسبة الـ ٢٠٪ من الحالات.

ولذلك تظل الحكمة الشعبية الرائعة والجميلة: بأن "الوقاية خير من العلاج، أو درهم وقاية أفضل من قنطار علاج" هى الوسيلة الوحيدة والأساسية فى ضرورة أن تكون هناك برامج وقائية مدروسة دراسة موضوعية من قبل خبراء ومتخصصين فى دراسة التدخين ودراسة الاتجاهات والقيم، ثم طريقة الإعلان؛ لأن عدم مراعاة ذلك قد يقود إلى:

١- إما أن يؤتى الإعلان نتائج عكس المرجوة منه.

٢- أو يكون مجرد فقرة (للمتعة والتسلية فقط) دون أن يتخطى إلى أبعد من ذلك من خلال مخاطبة الوجدان، ثم تغيير الفكر ومحتواه، ثم ينعكس ذلك على السلوك.

وعموماً ففى دراسة أجريت فى مصر كأحد الدراسات التى توضح أهمية أن تكون هناك برامج وقائية، وجدت الدراسة الميدانية التالى:

- أن بداية التدخين يكون فى سن المراهقة.
- أن تدخين أو سيجارة يتم غالباً فى صحبة من الأصدقاء وبتشجيعهم لبعضهم البعض.
- أن التردد على المقاهى يعد أول الأماكن التى تشجع على التدخين، ثم تأتى المنازل (خاصة فى حجرة الطالب المنعزلة)، ثم الأندية.
- أن التدخين غالباً ما يكون فى المناسبات السعيدة: كالأفراح، والنجاح الدراسى، ثم السهر مع الأصدقاء، ثم الاقتداء بشخصيات عامة مشهورة، أو التباهى أمام الفتيات، ثم الظهور بمظهر الرجولة. وقد

جاءت هذه الدوافع مرتبة ترتيباً تنازلياً (أى من الأعلى قيمة وتكراراً إلى الأقل فى القيمة والنسبة).

- ونستطيع أن نضيف أيضاً - من عندنا - أن المناسبات الحزينة فى المجتمع المصرى (والعربى أيضاً) تحرض وتشجع على التدخين، وخاصة من خلال ملاحظتى للعديد مما يحدث فى المآتم فى الأرياف مثلاً وضرورة توزيع السجائر (إلى درجة الغضب على الشخص) بضرورة أن يدخن حتى بالرغم من وجود أصوات قليلة تستنكر أن يتم ذلك إبان قراءة القرآن الكريم.
- كما شاهدت أكثر من مرة مجموعة من أهل المتوفى وقد جلسوا إلى الأرض وانهمكوا فى تدخين الشيشة، وأيضاً كانت المناسبة حزينة (الموت)، وإن الجميع يتقبل ذلك على أساس أنه مُصاب، وأن التدخين قد (يقلل) من آثار الأحزان؟!

ولذلك إذا تم معرفة هذه (المناسبات والظروف) التى تشجع على بدء التدخين واستمراره، فإنه من الأجدى أن نلجأ إلى (تغيير) وتعديل مثل هذه الاتجاهات.. وهى أفضل الطرق للحد من انتشار تدخين السجائر.

نأتى بعد ذلك إلى ضرورة كيفية الحد من التدخين عن طريق الإقلاع عن التدخين من خلال الخطوات الآتية:

أ- توضيح مزايا الإقلاع عن التدخين من خلال:

- نقص نسبة أول أكسيد الكربون فى الدم (وبالتالى زيادة نسبة الأوكسجين).
- زوال الصداع والتوتر العصبى.
- زوال آلام المعدة.
- بعد فترة من التوقف سوف يستعيد نشاطه ولياقته البدنية.

- تكون الاستفادة أكبر إذا أقلع قبل سن الأربعين.
- يجنى الشخص – إذا أقلع عن التدخين – العديد من المزايا يمكن أن نوضحها من خلال العديد من الرسوم التوضيحية والأفلام والتى توضح مثلاً:

– إصابات المدخن بأمراض الصدر والسعال والكحة، ومقارنة ذلك بصدر شخص أقلع عن التدخين، وشخص ثالث لا يدخن (مثلاً).

– أن نوضح للأمهات مدى الأضرار التى يمكن أن تصيب الجنين إذا استمرت الأم فى التدخين من خلال مقارنة صورة لجنية تدخن أمه بصورة أخرى لجنين لا تدخن أمه.

ويكون ذلك فى بداية البرنامج كنوع من التحبيذ وتنشيط دافعية الشخص لاتخاذ قرار الإقلاع.

مع الأخذ فى الاعتبار أن العديد من الدول قد أنشأت مراك متخصصة لعلاج ومكافحة التدخين.

وسوف أقوم بعرض بعضاً من الطرق التى يمكن من خلالها أن يتم العلاج مع الأخذ فى الاعتبار ضرورة أن تتنوع هذه الطرق لتنوع أعداد المدخنين ومداخلهم إلى التدخين، وكذا دوافع استمرارهم، ومقدار وكثافة التدخين، والفترة الزمنية التى استمروا فيها فى التدخين، والطقوس أثناء التدخين، ومدى الاحتياجات النفسية التى يشبعها لديه التدخين.

وتتعدد الطرق للإقلاع عن التدخين ومنها:

أولاً: الإقلاع الفجائى عن التدخين:

وهى من الوسائل ذات الفاعلية الجيدة فى الإقلاع عن التدخين، حيث يتخذ المدخن قراره بالتوقف نهائياً عن التدخين وهو يعلم جيداً أنه سيعانى

من العديد من الآلام ولكنه سيصمد ويتحمل، وكلما مر يوم جديد بلا تدخين فإن هذا يعد مكسباً بالنسبة له، وقد يلجأ إلى وسائل أخرى مثل ممارسة الرياضة أو غيرها من الأنشطة التى تشغل تفكيره ومجهوده، ولعل تجربة العديد من المدخنين (القدماء) قد أثبتت فاعليتها.

فهذا صلاح منتصر فى كتابه "رسالة إلى أى مدخن" (٢٠٠٠) يذكر تجربته فى الإقلاع حيث قرر أن يقلع عن التدخين دون أن يخبر أى أحد بذلك، ومن خلال انهماكه فى العمل (خاصة القراءة) وجد العديد من الصعوبات مثل: زغللة العينين، الصداع، عدم الفهم... ولكنه تحمل كل ذلك من خلال الحوار بينه وبين نفسه.. ومضى اليوم الثانى والثالث والرابع والخامس.. وبدأ يسترد الرؤية التى كان يعانى من عدم وضوحها فى البداية، وعاد يسمع بقوة، والأهم - كما يتعذر - هو اختفاء الفرقة الموسيقية التى كانت تعزف ألحانها النشاز داخل صدره.

ويصف ذلك قائلاً: - بعد أن اجتاز الأزمة، وصمد أمام تيارات التمرد والرغبة فى العودة إلى التدخين - قال: "كل من تحرر من سجن السيجارة يعرف أن له ميلادين.. ميلاده يوم جاء إلى الحياة صغيراً، وميلاده يوم أن توقف عن التدخين كبيراً".

وقد عرفت - شخصياً - العديد من المدخنين وكانوا من النوع الكثيف، اتخذوا قرار الإقلاع وأبلغوه لأصدقائهم (حتى يمكن مساعدتهم على ذلك، ولكن الأهم من وجهة نظرنا هو إرادة الشخص؛ لأنه من الممكن أن يقوم بعض الأصدقاء بعمل إغراءات أمام من توقف عن التدخين فينتكس مرة أخرى)، صحيح أن منهم من توقف عدة أيام ثم عاد أكثر شراهة، ثم كرر المحاولة مرة ثانية حتى أقلع تماماً، ومنهم من أقلع تماماً من المرة الأولى، ولقد شاهدت بعينى أحد الأصدقاء - وكان من النوع الشره فى التدخين - منذ عشر سنوات وكنا نصلى المغرب فى جماعة فى أحد المساجد فى القرية، وبعد

أن انتهت الصلاة، وفجأة وبلا مقدمات مد صديقنا المدخن (الشره ذلك) يده إلى جيبه وألقى بعلبة السجائر (والتى لم يجر منها سوى سيجارة واحدة) والولاعة وقذف بهما - بكل إرادة وتصميم - إلى أحد أسطح المنازل، وحين لمح دهشتنا قال: "خلاص يا جماعة أنا كل يوم أفكر أن أتخذ قراراً بالتوقف عن التدخين.. وكل يوم يحدث تسويف، إلى أن جاءت هذه اللحظة فقررت ذلك" وقد تم ذلك وسط (تباين) الآراء ما بين محبذ لما تم، وما بين محبط، وبين من وصف هذا السلوك بأنه نوع من التهور وسوف يندم أشد الندم على علبة السجائر والولاعة تلك، ولكن من خلال مقابلتى المستمرة له.. مازال صامداً حتى الآن (بالرغم من أن كل زملائه فى العمل فى المكتب يدخنون).

فلماذا عزيزى المدخن لا تجرب مثل هذه الطريقة، وفقط عليك أن تتحمل الآلام ووساوس أسبوع أو أكثر، ثم بعد ذلك سوف يكتب لك الانتصار فى معركة الحياة تلك إن شاء الله.

ثانياً: الإقلاع التدريجى:

كثيراً ما لا يتصور بعض المدخنين إمكانية أن يستغنى عن "السيجارة" نهائياً، ويكون أشبه بطفل (مع احترامى فى التشبيه للمدخن بذلك) لا يتصور أن يتم فطامه عن "ثدى الأم".

ويلجأون إلى العديد من الحيل مثل:

١- أنا أدخن (٤٠ سيجارة) سأظل لمدة أسبوع أدخن (٣٨ سيجارة) فقط.

٢- بعد شهر سوف أخفض عدد سجائرى بمقدار (٣ سجائر).

٣- سأشترى سجائر معينة (أغير الصنف).

٤- سأضع السيجارة فى فمى أكبر وقت ممكن دون إشعالها.

٥- حين أخرج من البيت سأضع فى علبة السجائر (٥ سجائر) فقط، وسوف أقوم بتدخينهم طوال الأربع والعشرين ساعة القادمة.



٦- سأشرب "نفس" واحد فقط من السيجارة.

٧- سأدخن السيجارة حتى منتصفها ثم أرميها.

- لكن من خلال (تقويمى) لهذه التجربة من خلال: الملاحظة، والمقابلات التى تمت مع بعض المدخنين. تم استنتاج الآتى:

- أن كثير من المدخنين قد رفضوا هذه الطريقة قائلين: إن لجوء الشخص إلى مثل هذه الطريقة إنما هو من قبيل "الضحك على الدقون، والضحك على نفسه"، وأن مسألة التدخين لا تقتضى أنصاف الحلول، إما أن تدخن أو لا، وكل قرار له تبعات ومسئوليات وواجبات، أما هذا الذى تقوله "فدلع".
- أن كثير من المدخنين قد رفضوا حتى فكرة هذا الإقلاع الفجائى تلك.
- أن كثير من المدخنين قد ذكروا لى أنهم فعلاً قد جربوا هذه الطريقة، إلا أنها بالعكس لم تجعلهم "يكفون عن التدخين"؛ لأنهم مازالوا يشتعلون فى "قلب الدخان" بالرغم من التقليل التدريجى.

ثالثاً : البدائل:

اعتاد المدخن أن يحرك شفتاه وينفخ الدخان بحركة وطقس معين، ولذا فقد اعتاد بعض المدخنين أو يتوقف عن التدخين، ولكن مع استمرار حركة الفلك والفم واليدين، ولعل (مضغ اللبان) خير نموذج على ذلك.

وأعرف مدخن من النوع الشره، وحين أصابته عدة أزمات قلبية وأجرى بعض العمليات فى القلب.. أخبره الأطباء أنه أمام اختيارين لا ثالث لهما:

إما أن ينتحر تدخيناً؛ لأن عبء التدخين لم يعد القلب يتحمله.

وإما أن يشترى حياته بالتوقف عن التدخين.

واحتار صاحبنا ماذا يفعل.. وكلما شاهدته طوال اليوم لا يكف عن تحريك فمه وكفيه (بحركات عصبية) من مضغ اللبان، وأن فمه فى حال

انشغال دائم.. وأنه لا يخرج (العلك أو اللبان) من فمه إلا أثناء النوم.. وربما ينام وقطعة اللبان الكبيرة مازالت مترقبة فى زاوية فمه تنتظر من يعبث بها ويحركها فى دوامة لا تهدأ.

وإذا كانت هذه الحالة قد اضطرتها الظروف إلى فعل ذلك، فإن الأشخاص الذين ماتزال الفرصة أمامهم يمكن الاستعانة بهذه الطريقة لمدة أسبوع أو أسبوعين على الأكثر، ثم عليهم بعد ذلك أن يواجهوا الواقع وهو أن: التدخين له طقوس، وعدم التدخين له أيضاً طقوس، وعليه أن يختار، وأن القضية لا تحتمل أنصاف الحلول.

رابعاً: أخذ عطلة أسبوعياً أو شهرياً أو سنوياً من التدخين:

وهذه طريقة أخرى من الطرق التى يلجأ إليها البعض حتى (يتخلص) من تأثير السجائر، وهو أن يقرر المدخن يوم فى الأسبوع يأخذ فيه أجازة من التدخين، وقد تكون هذه الأجازة أسبوعياً أو شهرياً أو يوم فى السنة (مثلما فعل الأستاذ الكبير صلاح منتصر) من تحديد يوم ٩ نوفمبر من كل عام يدعو فيه المدخنين إلى التوقف عن التدخين والدخول فى "مغامرة" قطع هذه العادة أو هذا الإدمان، ثم يقدم لهم البدائل، ويدخلهم فى "مود" الإقلاع ومزاياه.

خامساً: اللجوء إلى تغيير صنف السجائر من خلال نيكوتين وقطران أقل:

يلجأ بعض المدخنين إلى تغيير نوع السجائر، وقد يظن غير المدخنين أنهذا الإجراء فاشل، والواقع أنه من خلال الملاحظة وسؤال (الخبراء فى هذا الشأن) قد أكدوا أن تغيير الصنف (صعب جداً)، وأن من اعتاد على نوع معين من السجائر فمن الصعب عليه ان (يغيره) إلى صنف آخر، وأن من اعتاد تدخين السجائر صعب أن (يغيرها) إلى الشيشة أو العكس.

والخلاصة أن فكرة هذا البرنامج تقوم باختصار على "ضرورة أن يعرف

الشخص نسبة القطران والنيكوتين في نوع سجائره، ثم يستبدلها بنوع آخر من السجائر أقل نيكوتيناً وقطراناً".

وعموماً فقد ثبت من إحدى الدراسات التى قامت بإجرائها جمعية السرطان الأمريكية إلى نتيجة مؤداها: أن من يدخنون سجائر تحتوى على نسبة قليلة من النيكوتين يكونون أقدر على الإقلاع النهائى من مدخنى الأنواع الأخرى من السجائر ذات النيكوتين العالى، وكانت نسبة من نجحوا فى الإقلاع من عينة الدراسة ١٦٪ من الذكور، ٣٥٪ من الإناث.

سادساً: اللجوء إلى المهدئات:

قد يفشل بعض المدخنين من اتخاذ قرار التوقف عن التدخين بمفرده، ويشعر بأزمة وأنه فاشل، ولذا يذهب إلى طبيب نفسى يعالجه من هذا الداء، وهنا يقوم الطبيب المعالج (بحض) المريض/المدخن على الإقلاع مع إعطاءه جرعات مهدئة بسيطة تساعده على (اجتياز) آلام التوقف عن التدخين.

لكن لابد أن:

- يتم تحت إشراف الطبيب المعالج.
- تصرف الأدوية لفترة محدودة.
- يأخذ جرعات بسيطة (حتى لا يحدث إدمان لهذه المهدئات).

وعموماً فإن الدكتور/عبدالرؤوف ثابت فى مؤلفه: مفهوم الطب النفسى (١٩٩٣) يذكر نظريته فى علاج تدخين السجائر كالآتى:

- أن نظريته تلك تصلح مع مدخنى السجائر ذوى الشخصية الناضجة.
- يستمر العلاج من أسبوع إلى عشرة أيام بدون إشراف الطبيب.
- يأخذ حبة من كل عقار من العقارات التالية ثلاث مرات فى اليوم وهى:

١- ٢٥ مجم من عقار التريبتيزول (المضاد للاكتئاب).

٢- ٢٥ مجم من عقار اللارجاكتيل (ملطف عظيم).

٣- ٥ مجم من عقار الفاليم (ملطف ضد القلق).

وتوصف هذه العقاقير من الطبيب بعد التفاهم مع المدخن على الهدف من أخذها.

والهدف من أخذ هذه الأدوية الآتى:

- التخفيف من أعراض الانسحاب.
- اللجوء إلى النوم لمن أراد، حتى يتفادى التفكير فى التدخين إذا كان "خرمانا".

وعند انتهاء العلاج بالعقاقير يكون المدخن قد نسى التدخين وبدأ حياة جديدة.

ورغم أن وجود الرغبة Craving فى التدخين تستمر مع المدخن السابق مدة طويلة إلا أنه لا يبالى بالرغبة تلك بعد أن يكون قد ذاق حلاوة عدم التدخين. (من ص ٣٨٦ – ٣٨٧).

ولعل تعليقنا على هذه الطريقة يتلخص فى:

١- أن هذه الطريقة لا تصلح مع كل المدخنين (بالضبط كما ذكر المؤلف).

٢- أن أخذ المهدئات (تكون مفيدة) لمن يمتلك الإرادة على التوقف فقط.

٣- أن الرغبة فى التدخين (كما ذكر المؤلف) سوف تستمر مدة طويلة، وهذا يمكن بالتالى أن يقود إلى الانتكاس والعودة مرة أخرى إلى التدخين، وإن كان مثل هذا الأمر يحتاج إلى دراسات تتبعية (حتى من قبل المؤلف واضع هذه النظريات) لمعرفة مدى تأثير هذه الطريقة، ومدى استجابة الأشخاص لها.

سابعاً: اللجوء إلى الإيحاء:

وقد ذكر صلاح منتصر هذه الطريقة فى كتابه "رسالة إلى أى مدخن" لتجربة خبير سويسرى قام بعلاج الكاتب المسرحى الكبير الراحل سعد الدين وهبة من التدخين، ودار هذا الحوار بين سعد والخبير الذى سافر إليه فى سويسرا:

الخبير: هل أنت فعلا تريد عدم التدخين؟

سعد: نعم.

الخبير: هل تعرف أنك أنت الذى ستفعل ذلك بإرادتك؟

سعد: ولكن الذى أعرفه أنك ستعالجنى.

الخبير: هذا ليس علاجاً، ولكننى فقط أحاول مساعدتك والباقى عليك أنت، وهذا ما أريد أن تعرفه، فهل تقبل ذلك؟

سعد: اتفقنا.

وبدأ الخبير عمله، إذ أمسك برأس "سعد الدين وهبة" وراح يضغط بعنف ويحرك يديه فى دماغه لمدة ست دقائق (وهذا الخبير ليس طبيباً بل حاصلاً على دبلومة فى العلاج الطبيعى).

وقد قوم الأطباء المصريين هذه الطريقة بقولهم: إنه ليس فى الطب الذى تعلموه شىء يشير إلى هذه الطريقة، وأن العلم لم يعرف حتى الآن مفتاحاً عند الضغط عليه أن يطفىء به المدخن رغبته فى التدخين، ولكن ما فعله هذا الخبير الآتى:

١- الضغط على بعض الأعصاب الخاصة التى تُثير التهابات الزور وبالتالى يشعر المدخن باحتقان الزور والتهابه إذا ابتلع دخان أى سيجارة.

٢- الإيحاء، وهو عملية نفسية تجعل المدخن (يعتقد) أنه لو حاول أن يدخن (بعد ذلك) فسوف يشعر (بحريق) فى زوره، وأنه إزاء هذه الآلام المتوقعة فسوف يمتنع عن التدخين.

ثامناً: العلاج بالإبر الصينية:

تنهض فكرة العلاج بالإبر الصنيية من خلال الطب الصينى القديم، والذى حدد ما يقارب الـ ٣٦٥ مركزاً فى الجسم، وأنه عن طريق وضع إبر فى مكان معين يحدث تنبيه لهذه المراكز وبالتالى تنشط وضيفتها أو تكف.

وقد قدرت هيئة الصحة العالمية أن حوالى ١٤٪ من المدخنين تنجح معهم هذه الطريقة من العلاج.

ونظن أن عامل (الإيحاء) له دور جد هام فى "تفعيل" هذه الطريقة من العلاج.

تاسعاً: العلاج الجماعى للإقلاع عن التدخين فى (٥) أيام:

وقد ذكر هذه الطريقة - والتى تقدمها جمعية الاعتدال الدولية لمكافحة التدخين - الدكتور مختار مدكور فى كتابه: لماذا تدخن؟! (كتاب اليوم الطبى، ١٥ ديسمبر، ١٩٨٧، من ص٩٤: ص١٠٢).

عاشراً: العلاج السلوكى التنفيرى:

وينهض هذا العلاج على أسس نظرية التعلم والاشتراط الذى يفترض أن التدخين هو استجابة تعلمها الشخص وارتبطت بمشاعر وطقوس معينة عن طريق التدعيم أو الاشتراط، وأن اللجوء إلى (تكنيكات) التنفير - الذى يحل محل التدعيم - قد يؤى إلى (النفور) و(الإقلاع) عن التدخين.

ومن الدراسات التى تمت فى هذا الصدد - فى التراث الغربى - عينة من الطلاب المدخنين جعلهم المعالج يشاهدون فيلماً عن التدخين وسرطان الرئة، وتم بعد ذلك قياس الاتجاهات نحو التدخين (قبل وبعبد مشاهدة الفيلم)، فوجد أن فعالية الخوف كتشريط تنفيرى مرئى قد ساهم فى تغيير الاتجاه نحو التدخين لدى أفراد المجموعة المدخنة من الجنسين.

وهكذا تتعدد المداخل والرؤى والتناول وتبقى الإرادة هى السلاح الفعال فى كل ذلك، إذ بدونها - وبشرط أن تكون نابعة من داخل كل شخص - تظل هذه الطرق أشبه ما تكون بمحاولات عبثية، وستظل الإرادة هى البطل والفيصل فى وضع نهاية سعيدة لهذه الدراما الإنسانية.

مراجع الجزء الثانى

أولاً: المرجع العربية.

ثانياً: المراجع الأجنبية.

أولاً: المراجع العربية

١- بنجامين سبوك (٢٠٠١). فن الحياة مع المراهق، ترجمة منير عامر، القاهرة، مكتبة الأسرة.

٢- جمال الدين موسى (١٩٩٣). الإنسان والتدخين، القاهرة، الهيئة العامة للكتاب.

٣- خالد بدر (١٩٩٥). العلاقة بين تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب وكل من المرض الجسمي والنفسي بين طلاب الجامعة في كتاب: تعاطى المواد المؤثرة فى الأعصاب بين طلاب الجامعة - دراسات ميدانية فى الواقع المصرى، إشراف مصطفى سويف، المجلد السابع، القاهرة: المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، ص ص ٣٣٧-٣٨٢.

٤- رشاد موسى (١٩٨٩). الضبط الداخلي - الخارجي لدى المدخنين والمقلعين عن التدخين، بحوث المؤتمر الخامس لعلم النفس فى مصر، يناير ١٩٨٩، مكتبة الأنجلو، ص ص ٤٣ - ٦٧.

٥- زين العابدين درويش (١٩٨٣). تدخين السجائر بين طلاب الثانوى العام والفنى، المؤتمر الدولى الثامن للإحصاء وبحوث العمليات، كلية الآداب، جامعة المنيا، ١-٣ أبريل ١٩٨٣.

٦- صالح ليرى (٢٠٠٦). النظرة الاجتماعية والواقع الصحي لظاهرة تدخين الإناث للشيشة في دولة الكويت، الإمارات العربية، مجلة شئون اجتماعية، العدد (٩٠) السنة (٢٣) صيف ٢٠٠٦، ص ص ٩-٣١.

٧- صلاح منتصر (٢٠٠٠). رسالة إلى أى مدخن، مكتبة الأسرة، الهيئة العامة للكتاب.

٨- عادل دمرداش (١٩٨٢). الإدمان - مظاهره وعلاجه، الكويت، عالم المعرفة، العدد ٢٥٦. المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب.

٩- عبدالحليم محمود السيد (١٩٩٧). مشكلة المخدرات فى الوطن العربى - دراسة لدرجة انتشار المعلومات والخبرات بالمخدرات لدى الشباب العربى، السعودية، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية.

١٠- عبدالرؤوف ثابت (١٩٩٣). مفهوم الطب النفسى، القاهرة، مؤسسة الأهرام.

١١- عبدالمنعم محمود (١٩٨٩). بعض محددات بدء المراهق تدخين السجائر، مجلة علم النفس، العدد (١٢)، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، ص ص ٨٣-٨٩ . القاهرة.

١٢- عبدالمنعم محمود (١٩٨٨). تغيير الاتجاه نحو التدخين: دراسة تجريبية، دكتوراه غير منشورة، آداب القاهرة.

١٣- محمد السلكاوى (١٩٩٥). تدخين السجائر بين طلبة الجامعة فى مصر - دراسة لبعض مصاحباته النفسية والاجتماعية. فى كتاب (تعاطى المواد المؤثرة فى الأعصاب وبين طلاب الجامعة - دراسة ميدانية فى الواقع المصرى، إشراف مصطفى سويف، المجلد السابع، القاهرة، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، ص ص ٣٨٣ - ٤١٠.

١٤- محمد حسن غانم (٢٠٠٧-أ). التدخين: الدوافع - التفسير - الوقاية، الاسكندرية، المكتبة المصرية.

١٥- محمد حسن غانم (٢٠٠٧-ب). التدخين لدى الشباب مع التركيز على تدخين الشيشة، دراسة نفسية استطلاعية على عينة من الذكور والإناث، القاهرة، مركز الحضارة العربية.

١٦- مختار مدكور (١٩٨٧). لماذا تدخن؟ كتاب اليوم الطبى، العدد ٦٩، مؤسسة أخبار اليوم.

١٧- مديحة العزبى (١٩٨٧). التدخين وعلاقته ببعض المتغيرات لدى طلبة الجامعة، مجلة علم النفس، العدد ٤، ص ص ٧-٢٤.

١٨- مصطفى سويف (١٩٩٦). المخدرات والمجتمع - نظرة تكاملية، الكويت، عالم المعرفة، العدد (٢٠٥)، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.

١٩- معتز عبدالله، عبداللطيف خليفة (١٩٩٢). أبعاد نسق المعتقدات حول تدخين السجائر في: معتز عبدالله (محرر) بحوث في علم النفس الاجتماعي والشخصية، المجلد الأول، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

٢٠- هند طه (١٩٨٤). بعض المتغيرات النفسية والاجتماعية المرتبطة بتدخين السجائر لدى طلاب الثانوي العام، ماجستير غير منشورة، آداب القاهرة.

ثانياً: المراجع الأجنبية

21. Bauer, C (1999): Perinatal effects of Prenatal drug exposuse: Necotin, clinics in psychology , 26 march, pp. 87- 106 .
22. Souif, M., El-sayed, A., Darweesh, 2. & Hannourah, M (1982A). the extent of non-medical use of psychoactive substances among secondary school students in Greater, Cairo, Drug and Al Cohol Dependence, 9, pp. 15-41.
23. Souif, M., Darweesh, 20 &, Hannoukh, M. & Al-sayed, A. (1982b). the extent of non-medical use of psycho active substances male technical school students in Greater Cairo: An epidemiological study. Drug and Al Cohol Dependence. 10, pp. 321-331.
24. Soueif, M., Darweesh, 20., Hannourah, M & El-Sayed. A & Younis, F & Taha. H. (1986). The extent of drug use among Egyptian male university students. Drug and Al Cohol dependence, 18, pp. 389-403.

ملحق

دليل المدخن للتوقف
عن التدخين
فى ٧ أيام

إذا كنت ترغب فى التوقف عن التدخين

فما عليك إلا أن تقرأ هذا الدليل فنحن نود مساعدتك فى تحقيق ذلك، لقد اكتسبنا خبرتنا مباشرة من خلال مساعدة المدخنين على التوقف عن التدخين، حيث توصلنا إلى الحقائق والطرق الخاصة بكيفية الوصول إلى ذلك الهدف. إننا نعلم تماماً كيف نسهل هذا الأمر عليكم، كما أننا ندرك أيضاً أن التوقف عن التدخين هو كفاح بحد ذاته، ولكن حتى لو كنت قد حاولت التوقف عن التدخين سابقاً، اعط نفسك فرصة جديدة فقد تتوقف نهائياً هذه المرة وإليك الآن كيفية ذلك.

سنساعدك على أن تفهم بوضوح أكثر الأسباب التى قد تدفعك إلى التدخين. إن خطة التوقف عن التدخين فى ٧ أيام قابلة للتكيف حسب احتياجاتك. لقد وضعنا لك تعليمات يومية عليك اتباعها وهى تشمل على نشاطات ستساعدك على تهيئة نفسك جيداً لذلك اليوم العظيم "يوم توقفك عن التدخين". وهناك اقتراحات ومعلومات قد تحتاج لها إذا وجدت صعوبة أثناء محاولاتك. وبإمكانك تكرار خطة يوم واحد حتى تحس أنه أصبح باستطاعتك الانتقال إلى خطة اليوم التالى أو أن ترجع يوماً واحداً إلى الوراء إذا وجدت أنك تتقدم سريعاً جداً.

يجب أن تعرف أن هناك ملايين الأشخاص الذين أقلعوا عن التدخين، وكان على كل واحد منهم وقتئذ اتخاذ القرار الذى تفكر فيه أنت الآن. إن التدخين عادة مكلفة جداً وعواقبها مهلكة. لقد حان الوقت كى تتوقف عن التدخين لنبدأ فى ذلك منذ الآن ومعاً.

إنك على عام تام بجميع الأسباب التى قد تدفعك للتوقف عن التدخين،

* ترجم عن جمعية السرطان الأمريكية.



ولذلك لا نريد أن نمعن النظر فى هذا الأمر هنا، ومع ذلك إذا كنت غير مقتنع بعد، اقرأ الحقائق التى جمعناها فى آخر الملحق.

الآن نريدك أن تتصور مرحلة ما بعد التوقف عن التدخين، فكر بالفوائد التى ستعود عليك.

عندما تتوقف عن التدخين، يبدأ جسمك فى مرحلة الشفاء الذاتى فوراً تقريباً ما لم يكن قد حصل فيه ضرر لا يمكن علاجه، حيث تبدأ الأعراض المألوفة للتدخين بالاختفاء مثل ضيق التنفس ومشكلات الجيوب الأنفية والكحة المستمرة، وفيما يلى بعضاً من فوائد التوقف عن التدخين راجعها ثم أضف أية فوائد أخرى تراها مناسبة.

فوائد التوقف عن التدخين:

١- سوف يطول عمرك بإذن الله.

٢- يحميك من الإصابة بأمراض السرطان، انتفاخ الرئة، النزلة الشُعَّبية

٣- يعطى القلب وجهاز الدورة الدموية استراحة بعد سنوات من المجهود الشاق.

٤- تتخلص من سعال المدخنين الذى تعاني منه.

٥- تشعر بمزيد من الحيوية والنشاط عند ممارسة الرياضة.

٦- تتحسن لياقتك البدنية.

٧- تنتهى آلام الرأس والمعدة الناتجة عن التدخين.

٨- تبدأ حاسة الشم عندك فى التحسن.

٩- تسمتع بالطعام من جديد بعد أن تتحسن حاسة التذوق عندك.

١٠- تصبح غرف منزلك خالية من الدخان وذات رائحة زكية (بعد أن كانت غير ذلك أيام التدخين).

١١- تتخلص من رائحة الدخان الكريهة (وربما كانت تنفر منك الآخرين) التى كانت تنطلق من فمك.

١٢- توفر مبلغاً محترماً من المال.
١٣- تختفى البقع الصفراء من على أسنانك وأصابع يديك.
١٤- تتوقف عن حرق الملابس أو الأثاث.
١٥- تتخلص من طفايات السجاير المتسخة والرماد المتناثر على السجاد.
١٦- تصبح قدوة حسنة لأطفالك والمقربين لك.
١٧- تثبت للجميع أن لديك قوة إرادة وأنك لست عبداً للسيجارة.
١٨- ____________________
١٩- ____________________
٢٠- ____________________

تختلف أسباب ودوافع التدخين من شخص إلى آخر.. وهناك ستة فئات من المدخنين. حاول أن تكتشف أولاً من أى فئات المدخنين أنت ثم اختر أسلوب التوقف عن التدخين المناسب، وقد تجد نفسك تنتمى إلى فئة معينة واحدة أو أكثر، وهذا يعنى أن لديك أكثر من دافع للتدخين الأمر الذى يتطلب مضاعفة الجهد فى محاولتك للإقلاع عن التدخين.

١- إذا كنت تستخدم السيجارة كمنبهة: فأنت تدخن لأن النيكوتين - والذى يعتبر من المنبهات - يشعرك بالانتعاش والحيوية والنشاط إذا كنت متعباً، لذلك فى محاولاتك للإقلاع عن التدخين، حاول استبدال التدخين بممارسة التمارين الرياضية - المشى السريع مثلاً أو أداء بعض التمرينات البسيطة - والتى ستمنحك نفس التأثير كلما شعرت بحاجة ملحة للتدخين.

٢- إذا كنت تستمتع بإشعال السيجارة والإمساك بها: فأنت تدخن لأنك تهتم بشكل ومظهر السيجارة فى يدك، تستمتع بإشعال عود الثقاب أو التلويح بالسيجارة لتأكيد نقطة معينة، في حين أنه يمكن إيجاد طرق أخرى كى تبقى يديك منشغلتين اختر شيئاً جديداً تستعمله مثل سبحة،



قلم، نقود معدني.

٣- إذا كنت تستخدم السيجارة كوسيلة للمتعة والاسترخاء: فأنت تدخن لأنك تشعر بمتعة حقيقية أثناء التدخين، وغالباً ما يكون وقت تدخين السيجارة هو أفضل الأوقات لديك. كن صادقاً مع نفسك وفكر فى الآثار الضارة لهذه العادة وهذا سيساعدك فى فقدان بعض المتعة التى تحصل عليها من التدخين وبالتالى التوقف.

٤- إذا كنت تستخدم السيجارة كمهدئ: فأنت غالباً تشعل سيجارتك فى حالات الانفعال الحاد أو الغضب، إنك هنا تستعمل التدخين كعامل مهدئ، ولكن عليك أن تثبت لنفسك أن التدخين لا يساعدك فى التغلب على مشكلاتك بشكل فعال فى المواقف الصعبة، حاول أن تأخذ نفساً عميقاً يساعدك على تهدئة أعصابك والاسترخاء أو اتصل بأحد أصدقائك وتحدث معه. فإذا استطعت التغلب على العصبية والتوتر عدة مرات دون إشعال سيجارة فأنت إذن فى طريقك نحو التوقف عن التدخين.

٥- إذا كنت ترغب فى السيجارة بشدة: فأنت تدخن لأنك أصبحت معتمداً على السيجارة نفسيا وجسديا، وفى هذه الحالة يكون الاقلاع عن التدخين صعب جدا لأنك حالما تطفئ سيجارة تشعر برغبة شديدة لسيجارة تالية، لذا حاول أن تستبدل تلك الرغبة الملحة لإشعال سيجارة برغبة أشد للتوقف عن التدخين.أبلغ كل أقاربك وأصدقائك أنك تنوى التوقف عن التدخين، وبإمكانك وضع لافتة على مكتبك تعلن فيه قرارك. وما أن تتوقف عن التدخين ستتمكن بعون الله من مقاومة إغراءات التدخين لأنك لا تود أن تكرر تجربة الانسحاب من جديد والعودة إلى نقطة الصفر (الفشل فى الإقلاع).

٦- إذا كنت تستخدم السيجارة كعادة: فأنت تدخن دون أن تدرك أنك

تفعل ذلك، وفى مثل حالتك فإن التوقف عن التدخين لا يتطلب الكثير من الجهد، وقد تنجح معك طريقة تخفيض عدد السجاير تدريجيا خصوصا إذا حاولت أن تفكر فى كل سيجارة قبل أن تشعلها. ابدأ بتوجيه هذا السؤال إلى نفسك "هل أنا فعلاً بحاجة إلى هذه السيجارة؟" قد تندهش عندما تعرف عدد السجاير التى لا تحتاجها. ساعد نفسك بوضع أدوات التدخين - سجاير، ولاعات، طفايات - فى أماكن يصعب الوصول إليها مثل درج مقفل أو خزانة عالية.

وفيما يلى خطتنا فى سبعة أيام والتى أحرزت نجاحاً كبيراً لدى مئات الآلاف من المدخنين، على أنك قد ترى أنه من الأسهل التوقف التام فجأة، والمدخنون الذين يقلعون فجأة عن التدخين غالباً ما يتخذون قراراتهم فى محاولة لاتباع تعليمات الطبيب فوراً أو بتأثير من أحد الأصدقاء الذى قرر فجأة التوقف عن التدخين، ولكن إن لم تنجح هذه الطريقة فإنك ستجد خطتنا التى تنفذ يوما بيوم جاهزة فى متناول يدك.

قد يكون اليوم الأول هو اليوم الذى ترغب البدء فيه، اقرأ الدليل كله أولاً، لابد أن تتخذ قرارك عن وعى وادراك، ولابد أن يكون لديك تصميم وقوة إرادة. حاول الالتزام وبدقة بنظام معين عند تنفيذك للخطة، أو كرر الخطة نفسها لعدة أيام قبل الانتقال إلى مرحلة أخرى.

خطة التوقف عن التدخين فى سبعة أيام:

كى تحضر نفسك جيداً للأيام السبعة القادمة، عليك أن تتبع التعليمات المبينة أدناه:

١- أن احتفاظك بسجل يومى لتدوين السجاير التى تدخنها هو أكثر الوسائل المساعدة أهمية فى المرحلة الأولى. لف ورقة دليل المدخن للتوقف عن التدخين حول علبة سجايرك وثبتها عليها برباط مطاط، وستحتاج إلى ورقة واحدة كل يوم، لذا حضر بعض النسخ مقدما



واحفظها جاهزة للاستعمال.

٢- ممارسة التمارين بديل ممتاز عن التدخين، فعلى الأرجح أن حاجتك للسيجارة ستقل بعد الإجهاد الجسمانى الطفيف نتيجة ممارسة الرياضة. إذا كنت دائماً تنوى البدء فى برنامج رياضى منتظم، أو الالتحاق بنادى صحى، أو تعلم اليوجا، أو ممارسة الجرى، فإن الوقت الآن مناسب للتحرك والبدء فى هذا النشاط. ومن الأفضل أن تبدأ بممارسة هذه النشاطات الجديدة مع اليوم الأول لخطة التوقف عن التدخين، كما أنه يمكنك الحصول على كتاب يشتمل على تمارين بسيطة ومن ثم تبدأ تدريباتك.

٣- من الوسائل الفعالة أيضاً الإكثار من التدخين فى اليوم الذى يسبق بداية اليوم الأول من الخطة، ويمكنك أن تدخن كمية قد تصل إلى ثلاثة علب و أكثر وهذا سيجعلك تعانى من مضايقات التدخين وآثاره السيئة- غرفة مليئة بالدخان، جفاف فى الحلق، احمرار فى العين.

٤- لا تفكر كثيراً فى المصاعب التى ستعانى منها عند التوقف عن التدخين، فقد تعانى من بعض الإزعاج المؤقت فى بداية توقفك عن التدخين، مثلاً: قد تزداد الكحة والبلغم نتيجة بدء رئتيك فى تنقية ذاتيهما من ترسبات التدخين، وإذا كنت بحاجة للاطمئنان على أية أعراض قد تشعر بها، فلا تتردد بالاتصال بطبيبك ومناقشة مخاوفك هذه معه.

اليوم الأول:

١- اكتب قائمة بالأسباب الرئيسية التى قد تدفعك للتوقف عن التدخين، ثبتها فى مكان يكثر ترددك عليه، مثلا: على مرآة الحمام أو الثلاجة أو التليفزيون. اعمل منها نسخة بحجم البطاقة حتى تتمكن من أخذها معك حيثما ذهبت. وكلما شعرت بضعف إرادتك انظر إليها واقرأ الأسباب التى وضعتها من جديد.

٢- تخلص من جميع سجايرك.

٣- اشتر علبة سجاير واحدة كل مرة، واختر صنفاً من أصناف السجاير التى لا تحبها، وبهذه لن تصبح سجايرك المفضلة فى متناول يدك، وسيقل استمتاعك بالتدخين. كما أنه عليك اختيار السجاير التى تقل فيها نسبة القطران والنيكوتين عن السجاير التى تدخنها عادة مما يساعد فى تقليل آثار النيكوتين الضارة على جسمك.

٤- ضع سجل السجاير التى تدخنها حول علبة سجايرك، وتذكر دائماً أنه عليك تسجيل البيانات قبل إشعالك لكل سيجارة، إذ أنك عندما تصنف كل سيجارة تدخنها فإن ذلك سيعطيك فكرة جيدة عن متى ولماذا أنت تدخن. السيجارة الأولى هى السيجارة التى تحس أنك لا تستطيع الاستغناء عنها. السيجارة الثانية هى السيجارة التى تحس أنك تريدها ولكن ليس بنفس المتعة أو الرغبة التى لازمت السيجارة الأولى والسيجارة الثالثة هى السيجارة التى تستطيع فى الواقع الاستغناء عنها. وعلاوة على تسجيلك وقت تدخين السيجارة، اكتب النشاط الذى كنت تمارسه فى ذلك الحين أيضاً مثل: اجراء مكالمة تليفونية طويلة، ازدحام الشوارع وتوقف إشارات المرور، مشاهدة التليفزيون، لعب الورق "البلوت" ... الخ، والمشاعر التى كنت تحس بها.. هل كنت تشعر بالضجر، بالقلق، أم كنت متوتراً؟! وستضطر فى كل مرة تريد أن تدخن فيها أن تفتح علبة السجاير بعد إزالة الرباط منه حولها، لذا عليك أن تعاهد نفسك بأن لا تدخن إلا بعد تعبئة جميع المعلومات.

٥- لا تنظف منافض سجايرك، اترك أعقاب السجاير متراكمة فيها حتى مخلفات التدخين بعد مدة معينة.

اليوم الثانى:

١- اليوم الثانى هو اليوم الذى لا تدخن فيه السجاير المصنفة بالفئة الثالثة. لا تخدع نفسك بالتلاعب فى الترقيم لا تبدل الرقم٣ بالرقم٢.

٢- التدخين يُبقى فم المدخن منشغلاً. لإشباع هذه الحاجة بطريقة أخرى يمكنك تموين نفسك ببعض الفواكه، الجزر، أو علكة (لبان) خالية من السكر تحفظها قريبة منك كى تكون فى المتناول، ويمكنك أيضاً أن تجرب الهيل. كن معتدلاً فى تناول الكعك والحلوى والمشروبات الغازية المشبعة بالسكر، فكثير من الناس يتخذون من زيادة الوزن عذراً للاستمرار فى التدخين. أعد مسبقاً ما ستتناوله من وجبات خفيفة حتى لا تبدأ فى تطوير عادة تناول الحلويات.

٣- إذا كنت متعوداً على تدخين سيجارة بعد الانتهاء من وجبة الطعام لا تبقى جالساً على الطاولة، تمشى قليلاً حتى ولو لمدة خمس دقائق، فاستنشاق الهواء النقى فى الرئتين بدلاً من قطران السجاير سيجعلك تشعر أنك قد أفدت جسمك فائدة جمة.

اليوم الثالث:

١- إن عدم تدخينك السجاير المصنفة بالفئة (٣) لم يكن أمراً مزعجاً ولربما تستطيع اليوم أن تختار بعض السجاير فى الفئة (٢). تذكر أنه عليك الاستمرار فى استعمال سجل سجايرك. اسأل نفسك دائماً: "هل أنا بحاجة لهذه السيجارة؟".

٢- حاول أداء بعض تمرينات التنفس العميق كبديل للسجاير. حاول الاسترخاء والتنفس بعمق من ٣-٤ مرات وستشعر بعدها بالتحسن وستساعدك هذه التمارين خصوصاً كلما شعرت برغبة قوية لتدخين سيجارة وقررت عدم إشعالها.

٣- حاول الاستغناء عن التدخين لفترة أنت تحددها.. وما الأفضل أن



تكون خلال تلك الفترة التى يزداد فيها عادة معدل تدخينك. أجل إشعال سيجارتك الأولى فى ذلك اليوم لأطول فترة ممكنة. توقف لمدة ساعة إذا كنت تدخن بكثرة، لمدة ساعتين إذا كنت مدخناً معتدلاً، ولمدة نصف يوم إذا كنت تدخن على خفيف. فأنت فى الدرجة الأولى تمنع نفسك عن التدخين عندما يكون التدخين محظوراً فى بعض الدوائر الحكومية وبعض الأماكن العامة.

٤- اليوم هو الوقت المناسب لتغيير صنف السجاير التى تدخنها مرة ثانية. اختر الآن صنفاً يحتوى على نسبة أقل من القطران والنيكوتين حتى تقلل تأثير السجاير على جسمك.

اليوم الرابع:

١- اليوم ستختار السجاير المصنفة بالفئة (٢). كن موضوعياً. دخن فقط تلك السجاير التى تشعر حقاً أنك لا تستغنى عنها.

٢- لقد حان الآن الوقت لمكافأة نفسك!! ما رأيك فى تناول وجبة فى أحد المطاعم الفاخرة، أو شراء بعض المأكولات التى تحبها: قطعة لحم فاخرة، أو سمك تحبه مشوياً أو مقلياً أو فى الطاجن...ألخ. وإذا كنت تعانى من مشكلة زيادة الوزن فتجنب الحلويات الدسمة.

٣- حاول الامتناع عن التدخين عندما تكون موجوداً فى أماكن مشجعة على التدخين مثلاً: دعوة عشاء، أو حفل زفاف، أو مشاهدة مباراة كرة قدم.

٤- أن تخلصك من جميع عيدان الثقاب والولاعات "القداحات" سيجعل من إشعال السيجارة أمراً ليس سهلاً وهذا سيجعلك واعياً لكل سيجارة تدخنها وكل مرة تدخن فيها.

اليوم الخامس:

١- لا تشتر أية سجاير من الآن فصاعداً. ومع ذلك احتفظ بسجل السجاير

معك واستمر فى كتابة ملاحظاتك عن كل سيجارة قد تدخنها. تذكر أن السجاير التى تدخنها اعتباراً من الآن هى من الفئة (١).

٢- اليوم هو الموعد المناسب الذى يمكنك فيه أن تعلن لأصدقائك مشروع توقفك عن التدخين، ولابد أنك ستتلقى تشجيعاً كبيراً ولا سيما من أصدقائك غير المدخنين. إن هذا الإعلان العام سيجعل التزامك بالخطة أكثر ثباتاً.

٣- هل ستحتفظ بمنافض السجاير القذرة مكدسة بالرماد وأعقاب السجاير؟ ضعها اليوم فى زجاجة كبيرة ثم أضف إليها قليلاً من الماء واحتفظ بها فى مكان بارز. وكلما شعرت بإغراء التدخين انزع الغطاء واستنشق رائحة الرماد وأعقاب السجاير، وهذا كاف فى حد ذاته لعدم تشجيعك على التدخين.

٤- فى آخر النهار اغسل منافض السجاير وضعها فى الرف العلوى من خزائن المطبخ فى بيتك حيث أنك ستمضى ٢٤ ساعة فى اليوم التالى دون تدخين سيجارة واحدة وبذلك فإنك لن تكون بحاجة إليها.

اليوم السادس:

١- لا تدخن أبداً طيلة ٢٤ ساعة.

٢- احرص على الذهاب إلى أماكن يمنع فيها التدخين مثل: المساجد، أو بعض المراكز التجارية، أو اذهب لزيارة أحد أصدقائك أو أقاربك غير المدخنين.

اليوم السابع:

١- لا تدخن أبداً لمدة ٢٤ ساعة أخرى.

٢- افتح حساب توفير خاص - ليكن فى مكتب البريد - كى تودع فيه ما كنت تنفقه فى شراء السجاير خلال أسبوع. ضع المبلغ نفسه فى حساب توفيرك كل أسبوع على مدار السنة. وفى نهاية السنة لابد ان

ستكون قد وفرت مبلغاً (محترماً) من المال. خطط على مدار العام كيف ستنفق هذا المبلغ الخاص. قد تسافر فى رحلة أو تشترى به جهاز تليفزيون أو جهاز استريو أو أى شىء ينقصك أو ينقص منزلك.

٣- إذا نت تشعر باكتئاب أو كان لديك بعض الأعراض الجسمية التى لها علاقة بالانقطاع عن التدخين، خفف عن نفسك عناء التفكير بها وذلك بمراجعة طبيبك.

٤- ما أنت إلا إنسان! فإذا فتر حماسك ودخنت سيجارة لا تعتقد أن الأمر انتهى، بل عليك أن تقوى من عزمك بقراءة القائمة التى كنت أعددتها عن أسباب التوقف عن التدخين، والتى يمكنك أن تعديل بعضها، ومن خلال خلال تجربتك يمكنك أن تحكم أى الأساليب نجح معك أكثر، ادرسها وابدأ من جديد. ارجع فى خطتك إلى اليوم الذى تعتقد أنه مناسب لحالتك. واظب عليها. وتأكد أنه باستطاعتك أن تتوقف ولابد أنك ستتوقف وأن إرادتك هى سلاحك الفعال فى معركتك.

يوم التوقف عن التدخين

مبروك

أصبحت الآن من فئة غير المدخنين. لماذا لا تقيم حفلة بهذه المناسبة؟ ادع كل أصدقائك الذين ساعدوك فى التغلب على عادة التدخين لزيارتك والاحتفال معك بهذه المناسبة. هل تعلم أن المدخنين أصبحوا الآن من الأقليات فى جميع أنحاء العالم. فأهلاً وسهلاً بك مع الأكثرية.

نصائح لتبقى متوقفاً عن التدخين:

بالطبع ليست كل الأفكار مناسبة لجميع الأشخاص، ولكن أثبتت بعض الأفكار والمذكرات التى تتضمنها القائمة التالية فعاليتها لدى كثير من المدخنين ولذلك جرب تلك الأفكار التى تروق لك فقط.

١- اكتب قائمة مختصرة بالأشياء التى كنت دائماً ترغب فى اقتنائها،

أو التى تود شرائها كهدية تقدمها لأحد أصدقائك أو أقاربك. اكتب أمام كل صنف تريده تكلفته مقدراً إياه بثمن "علبة سجاير".

٢- ابق يديك منشغلتين.

٣- خذ جماماً حيث أنك لا تستطيع التدخين أثناء الاستحمام.

٤- إذا شعرت برغبة شديدة فى التدخين، خذ ١٠ أنفاس عميقة، امسك بالنفس الأخير بينما أنت تشعل عود ثقاب، ثم أزفره ببطء مطفئاً به عود الثقاب. تظاهر وكأن عود الثقاب كان سيجارة واطفئه فى منفضة السجاير كما كنت تفعل مع السيجارة. ثم أشغل نفسك على الفور بأى عمل أو نشاط آخر.

٥- ابدأ باستعمال رئتيك فور توقفك عن التدخين. ضاعف النشاطات التى تمارسها وحاول ممارسة لعبة رياضية جديدة مثل: التنس، أو كرة القدم، أو أى شكل من التمارين الخفيفة مثل المشى أو ركوب الدراجة قبل تناول وجبة الطعام أو بعدها.

٦- كثير من المدخنين يخافون من زيادة أوزانهم إذا هم توقفوا عن التدخين. وفى الواقع أنك إذا بدأت فى اتباع برنامج تمارين أو إذا لم تغيرعادات تناولك الطعام عند توقف عن التدخين فإنك قد تتعرض إلى نقص فى وزنك، أو أنه لن يحصل أى تغيير على الإطلاق. ولا تزيد سوى أوزان أولئك الأشخاص الذين يستبدلون السجاير بالطعام، ولكن إذا زاد وزنك انتظر إلى أن تتخلص من الحاجة الملحة إلى التدخين قبل أن تبدأ فى نظام حمية (ريجيم). وسيكون تنظيم الغذاء أسهل فيما بعد.

٧- راجع طبيب الأسنان بعد أن تتوقف عن التدخين وابدأ المرحلة التالية بأسنان ناصعة البياض. حاول أن تستخدم عصير الليمون فى إزالة بقع التبغ عن أصابع يديك.

٨- بعد توقفك عن التدخين لا تواجد أزمة "الرغبة الشديدة فى تدخين سيجارة" وأنت بمفرده. ابحث عن صديق أو قريب تتصل به أو تزوره فى هذه الفترة الصعبة، وتأكد من أصدقائك وأقاربك المقلعين عن التدخين سيقدمون لك أكبر قدر ممكن من المساعدة، أو حاول الانشغال بأى أنشطة اجتماعية - أو حتى مع أفراد أسرتك - تكون مفيدة.

٩- عندما تكون متوتراً أو منفعلاً، أغلق عينيك وابدأ بالعد عكسياً من ١٠ إلى صفر وكأنك تتخيل نفسك نازلاً درجات سلم، أو تخيل أنك تنظر إلى الأفق عند مغيب الشمس.

١٠- اقلع عن عاداتك القديمة، ابحث عن نشاطات جديدة، أو مارس النشاطات القديمة التى كنت تحبها قبل تورطك فى التدخين بأساليب جديدة، لا تعتمد على الطرق القديمة التى كنت تتبعها فى حل مشكلاتك وتصرف بطريقة مختلفة.

١١- حاول أن تنشغل عن شرب القهوة والتدخين فى وقت الاستراحية بنشاطات أخرى مسلية مثلاً: قراءة الجرائد، أو الإطلاع على بعض الكتيبات الممتعة عن الرحلات والإجازات، أو حل الكلمات المتقاطعة، أو الحديث مع صديق ترتاح إليه.

١٢- تجنب الذهاب إلى الأماكن التى تشجعك على التدخين، واذهب إلى الأماكن التى لا يمكنك التدخين فيها.

إذا كنت بحاجة إلى مزيد من المساعدة راجع عيادة مكافحة التدخين فى المدينة التى تُقيم فيها.

حقائق يجب عليك أن تعرفها عن التدخين وعن صحتك:

- هناك علاقة وثيقة بين تدخين السجاير وسرطان الرئة، ففى الولايات المتحدة الأمريكية يموت سنوياً ١٢١,٠٠٠ شخص تقريباً من سرطان

الرئة. ويعتقد أن حوالى ٧٥٪ من حالات الوفاة من سرطان الرئة لها علاقة بالتدخين. لكن هل تعلم أن التدخين يتسبب فى زيادة نسبة الوفاة من السرطان عن أى عام فردى آخر ٣٠٪ من جميع وفيات السرطان؟

- ويؤثر تدخين السجاير أيضاً فى سرطانات الأعضاء التنفسية العلوية (الفم، الحنجرة، والبلعوم الأنفى) بالإضافة إلى سرطان المرئ والمثانة.
- كما أن التدخين يعتبر أحد أهم العوامل المتسببة فى ما يزيد عن ٣٥٠,٠٠٠ حالة موت مبكر سنوياً، وإذا ترجمنا التدخين إلى مصطلحات نقدية فإن إحصاءات الحكومة الأمريكية تشير إلى أن ما مقداره ٤٧ بليون دولار أمريكى تنفق سنوياً على الفواتير الطبية غير الضرورية، ١١ بليون دولار على الرعاية الطبية لمعالجة الأمراض التى يسببها التدخين و٣٦ بليون دولار على الأقل على الحوادث والتغيب المتكرر عن العمل والإنتاج المهدر.....إلخ.
- وأظهرت دراسات أجريت فى أكثر من ١٥ دولة أن معدل الوفاة من سرطان الرئة بين مدخنى السجاير يزيد حوالى ١٥-٢٠ مرة عن غير المدخنين. إن الانخفاض الفورى فى احتمال حدوث حالات وفاة مفاجئة هو الفائدة الأولى التى تجنيها من التوقف عن التدخين.

حقائق أخرى عليك أن تعرفها:

- يعتبر التدخين أحد أهم مسببات انتفاخ الرئة، النزلة الشعبية المزمنة، أمراض جهاز الدورة الدموية، وقرحة المعدة.
- تبلغ معدلات وفاة المدخنين من أمراض القلب التاجية على الأقل ضعف ما هى عليه عند غير المدخنين، ويمكن أن يعود السبب فى ذلك إلى تقلص الشرايين بسبب النيكوتين المستنشق من دخان السجاير، وهذا يعنى نقص كمية الأوكسجين الوارد إلى القلب مما



يؤى إلى إتلاف أنسجة القلب.

- أما بالنسبة للنساء الحوامل فإن دخان السجاير والنيكوتين يؤديان إلى انقباض الأوعية الدموية، ويؤثران على تنفس الجنين بينما يؤدى أول أكسيد الكربون إلى انخفاض مستوى الأكسجين فى دم الطفل وقد يكون وزن الطفل حين ولادته أدنى من المعدل.
- معدلات الوفاة من تدخين السجاير قليلة القطران والنيكوتين تبقى أعلى بنسبة ٩ أضعاف عن غير المدخنين. حتى الآن لا توجد سيجارة واحدة لا تضر بالصحة.



العد اليومى للسجاير التى تدخنها

التعليمات:

- اقطع هذه الصفحة على طول الخط المنقط، ولفها حول علبة سجايرك وثبتها جيداً برباط مطاطى.
- دون المعلومات كلما فتحت العلبة ودخنت سيجارة أو أخذت سيجارة قدمها لك شخص آخر.
- أكتب وقت تدخين السيجارة، وصنف كل سيجارة حسب احتياجك لها مع وصف لشعورك وحالتك عند تدخينها:

١ يدل على سيجارة تشعر أنك لا تستطيع الاستغناء عنها.

٢ تدل على سيجارة أقل أهمية

٣ تدل على سيجارة تستطيع فى الواقع الاستغناء عنها.

وسيساعدك هذا السجل فى إدراك لماذا ومتى تدخن.

الوقت	الحاجة (١-٣)	المشاعر / الحالة
٦	ـــــ	ـــــــــــــــــــــــــ
(صباحاً)	ـــــ	ـــــــــــــــــــــــــ
٦:٣٠	ـــــ	ـــــــــــــــــــــــــ
٧	ـــــ	ـــــــــــــــــــــــــ
٧:٣٠	ـــــ	ـــــــــــــــــــــــــ
٨	ـــــ	ـــــــــــــــــــــــــ
٨:٣٠	ـــــ	ـــــــــــــــــــــــــ
٩	ـــــ	ـــــــــــــــــــــــــ

الوقت	الحاجة (١–٣)	المشاعر / الحالة
٩:٣٠	____	____________
١٠	____	____________
١٠:٣٠	____	____________
١١	____	____________
١١:٣٠	____	____________
١٢	____	____________
١٢:٣٠	____	____________
(بعد الظهر)	____	____________
١	____	____________
١:٣٠	____	____________
٢	____	____________
٢:٣٠	____	____________
٣	____	____________
٣:٣٠	____	____________
٤	____	____________
٤:٣٠	____	____________
٥	____	____________
٥:٣٠	____	____________
٦	____	____________
٦:٣٠	____	____________
٧	____	____________



الوقت	الحاجة (١–٣)	المشاعر / الحالة
٧:٣٠	ـــــ	ـــــــــــــــــــ
٨	ـــــ	ـــــــــــــــــــ
٨:٣٠	ـــــ	ـــــــــــــــــــ
٩	ـــــ	ـــــــــــــــــــ
٩:٣٠	ـــــ	ـــــــــــــــــــ
١٠	ـــــ	ـــــــــــــــــــ
١٠:٣٠	ـــــ	ـــــــــــــــــــ
١١	ـــــ	ـــــــــــــــــــ
١١:٣٠	ـــــ	ـــــــــــــــــــ
١٢	ـــــ	ـــــــــــــــــــ
١٢:٣٠	ـــــ	ـــــــــــــــــــ
(صباح اليوم التالى	ـــــ	ـــــــــــــــــــ
١	ـــــ	ـــــــــــــــــــ

المؤلف فى سطور

- د.محمد حسن غانم.
- أستاذ ورئيس قسم علم النفس كلية الآداب - جامعة حلوان.
- قام بالتدريس فى العديد من الجامعات فى مصر والعالم العربى.
- أشرف وناقش العديد من رسائل الماجستير والدكتوراه فى مصر والعالم العربى.
- عضو نادى القصة واتحاد الكتاب.
- له العديد من الأبحاث والدراسات في مجال الاضطرابات النفسية/ اضطرابات الشخصية/ الإعاقات العقلية/ سيكولوجية الأطفال/ الشباب المسنين.

- **من إصداراته فى دار غريب:**

١- الإدمان: أضراره ونظريات تفسيره وعلاجه.

٢- دراسات نفسية لقضايا معاصرة.

٣- دراسات فى الشخصية والصحة النفسية - جزآن.

٤- بحوث ميدانية فى تعاطى المخدرات.

٥- سيكولوجية مرضى الإيدز.

٦- علم النفس البيئى.

٧- الاضطرابات النفسجمية.

٨- ثورة (٢٥) يناير - رؤية نفسية وشهادة شخصية.

٩- من سلسلة الاضطرابات النفسية:

- الجزء الأول: اضطرابات الأكل (قيد النشر).
- الجزء الثانى: اضطرابات النوم (قيد النشر).
- الجزء الثالث: اضطرابات الشخصية (قيد النشر).

١٠- من المقاييس والاختبارات النفسية:



١- مقياس شيهان للتقدير الذاتى.

٢- كيف تواجه الضغوط النفسية ٢٠٠٧م.

٣- لا تغضب ٢٠١٣م.

- **ومن إصدارات كتاب الجمهورية:**

- الاضطرابات الجنسية فى س، ج.

- **ومن إصدارات الهيئة العامة لقصور الثقافة - سلسلة المكتبة الشعبية:**

١- أغانى الأفراح فى القاهرة الكبرى.

٢- أغانى الأفراح فى الدلتا.

٣- أغانى الأطفال.

٤- من دفتر حواديت جدتى (قيد النشر).

- **ومن إصدارات دار الحضارة للنشر والتوزيع:**

١- قراءة نفسية فى ملحمة الحرافيش لنجيب محفوظ.

٢- رسائل المصريين عبر الموبايل.

٣- فن الجسد والرقص الشرقى.

- العديد من المجموعات القصصية والروائية مثل:
  - كل الأشياء الجميلة تنهار (رواية).
  - هذيان (مجموعة قصصية).
  - مملكة الكتكوت (رواية).
  - مساءات الغربة (مجموعة قصصية).
  - أسرة تعسة (رواية).

- **ومن إصدارات بيت الياسمين للنشر والتوزيع:**

١- هوم سكنس (رواية).

٢- الحياة فى الكارنتينا (رواية).

٣- لص الأرواح (رواية).

٤- قائمة الأحداث السارة للمسنين.
٥- مقياس الشره العصبى للأكل.
٦- قائمة مسح المخاوف المصرية الشائعة.
٧- مقياس مركز التحكم لدى المدخنين.
٨- اختبار اضطرابات الشخصية (مع آخرين).
٩- استبيان مشكلات النوم.
١٠- اختبار المثل الأعلى (مكتبة الأنجلو المصرية).

- **ومن مؤلفاته إصدار مكتبة الأنجلو المصرية:**

١- التأهيل النفسى والاجتماعى لمتعاطى المخدرات.
٢- الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية.
٣- فن قراءة لغة الجسد.
٤- فن إجراء المقابلات الشخصية.
٥- أفراح الغلابة والأكابر.
٦- الاضطرابات الجنسية.

- **ومن إصدارات الدار المصرية اللبنانية:**

١- الشباب المعاصر وأزماته.

- **ومن إصدارات المكتبة المصرية - الاسكندرية:**

١- سلسلة كيف نتعامل مع الطفل والمراهق (٣١ جزءًا).
٢- القياس النفسى للشخصية.
٣- علم النفس المرضى.
٤- الارشاد النفسى.

- **ومن إصدارات كتاب اليوم الطبى بمؤسسة أخبار اليوم:**

١- حياتك بلا خوف عام ٢٠٠٠م.

- **من إصدارات اتحاد الكتاب:**

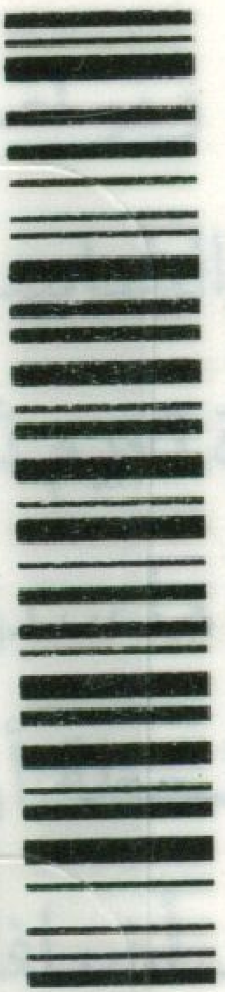
١- أحزان خاصة (رواية).

تم بحمد الله

طبع بدار غريب للطباعة
١٢ شارع نوبار (لاظوغلى) القاهرة
ص.ب (٥٨) الدواوين ت: ٢٧٩٤٢٠٧٩

فى هذا الكتاب

موضوع الوقاية من الإدمان والتدخين من الموضوعات جد الهامة ليس الآن فقط ولكن فى جميع الأوقات فلسنا فى حاجة إلى أن تحدث الكارثة ثم نتدخل - كما اعتدنا فى مصر وعالمنا العربى - وما دفعنا إلى تأليف هذا الكتاب ما وجده الباحث من ندرة فى الكتابات التى تناولت الوقاية واستراتيجيتها ليس فقط فى مصر بل والعالم العربى.، صحيح أن العديد من الدراسات الوبائية الابديمولوجية قد أجريت فى مصر والسعودية والكويت، وصحيح أن مثل هذه الدراسات قد توصلت إلى (محاور) مشتركة يمكن أن تكون (قواعد أساسية) فى مجال الإقبال والاستهداف للتعاطى، إلا أن الحقيقة التى يجب الإقرار بها أنه لا توجد أو توجد ندرة من دراسات ميدانية أو برامج أو استراتيجيات ذات خطوط وأهداف محددة للحفاظ على استمرار الوقاية، صحيح أن صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى - فى مصر - يجند الأفراد ويخصص العقول المتخصصة فى توعية قطاعات الشباب (بفئاتهم المختلفة) عن أضرار المخدرات، وصحيح - أيضاً - أن كاتب هذه السطور ضمن الفريق الوقائى الذى كان يتشرف بالعمل فى صندوق مكافحة وعلاج الإدمان، وأنه قد جاب مدن ومحافظات ومراكز مصر من بورسعيد حتى أقاصى الصعيد محاضراً أو مدرباً فى كيفية الوقاية من أضرار المخدرات إلا أن الإطلاع على طرق واستراتيج
الوقاية فى الدول الأجنبية (خاصة فى أمريكا وكندا) يكشف الب
بيننا وبينهم فى مسألة التصدى للتورط فى المخدرات وفق برامج م
يعاد النظر فيها إذا أثبتت النتائج وجود خلل ما فى بعض محاوره.
مثل الدافع والحافز الأساسى للباحث لكى يؤلف هذا الكتاب، وكانت
يقتصر الكتاب على كيفية الوقاية من تعاطى المخدرات، إلا أن الباح
محور التدخين للعديد من الأسباب.



المؤلف

ISBN 977-463-177-4

